

**ANALYSE D'UNE CLIENTÈLE EXTRA-HOSPITALIÈRE
SOUS L'ANGLE DE LA DEMANDE, DU MODÈLE
DU MÉDECIN ET DE SES CONTRE-ATTITUDES**

THÈSE

présentée à la faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Paul BERNER

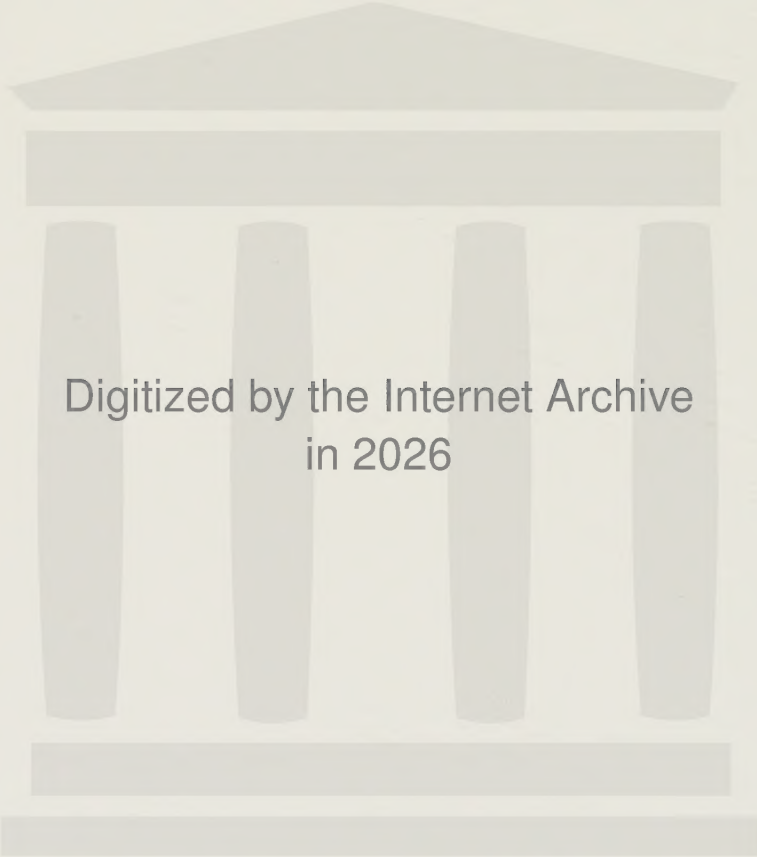
de

Schafisheim (Argovie)

Thèse N° 3575

GENÈVE
Imprimerie POT

1977



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545915_0040

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Département de psychiatrie

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur Gaston GARRONE

**ANALYSE D'UNE CLIENTÈLE EXTRA-HOSPITALIÈRE
SOUS L'ANGLE DE LA DEMANDE, DU MODÈLE
DU MÉDECIN ET DE SES CONTRE-ATTITUDES**

THÈSE

présentée à la faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Paul BERNER

de

Schafisheim (Argovie)

Thèse N° 3575

GENÈVE
Imprimerie POT
1977

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur André Haynal, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 24 mars 1977.

Le doyen :
Marcel Jenny

Thèse N° 3575



Je tiens à remercier vivement le professeur André Haynal, qui a bien voulu diriger cette thèse et qui, par ses conseils amicaux, m'a soutenu tout au long de ce travail.

Je remercie aussi Madame Sarah Richard, sans qui cette thèse n'aurait pu pratiquement voir le jour.

A MA FEMME

A MES PARENTS

RESUME

Nous nous sommes proposés de faire l'analyse du modèle de prise en charge des patients d'une consultation ambulatoire - celle du Centre Psycho-Social Universitaire de Genève - en fonction de certains paramètres préalablement choisis :

1. la demande du patient ou de son entourage lors de la première consultation,
2. la plus ou moins grande difficulté d'insérer cette demande dans un cadre nosographique connu et partant d'en déduire une réponse thérapeutique satisfaisante,
3. les sentiments éveillés chez les thérapeutes par la personnalité du patient, son tableau clinique et le retentissement de cette contre-attitude sur l'évolution de la relation thérapeutique.

Après avoir réuni un échantillonnage de 200 malades qui avaient consulté pour la première fois le Centre Psycho-Social Universitaire en 1970 nous avons distingué au sein de cet ensemble de cas deux groupes d'importance inégale : le premier, composé de patients considérés comme des psychotiques (41 cas) le second formé de tous ceux pour lesquels un autre diagnostic avait été retenu. Nous avons essayé de déterminer l'influence de notre premier paramètre dans le premier groupe, où il apparaissait avec plus d'évidence et avons étudié ensuite celle des autres paramètres dans le deuxième groupe.

Nous nous sommes appuyés sur une méthode statistique prenant en considération des données internes à l'étude, données que nous avons comparé, pour en examiner la représentativité avec celles de l'intéressant travail de Monsieur Werner Fischer "L'Evolution de la population consultante du Centre Psycho-Social Universitaire comparée à celle des hospitalisations psychiatriques à la clinique de Bel-Air, non publiée 1974" qui nous a fourni quantité de renseignements statistiques sur la population du Centre Psycho-Social Universitaire. Que son auteur trouve ici nos remerciements pour sa toujours souriante collaboration.

Nous avons pu estimer combien étaient importants dans la relation médecin-malade l'existence d'emblée d'une similitude d'objectifs, d'un modèle de référence tant nosologique que thérapeutique chez le soignant et surtout d'une relation d'empathie.

L'apparition précoce ou au cas contraire l'absence de chacun de ces facteurs nous semble pouvoir revêtir une valeur prédictive sur l'issue du traitement.

I. PRESENTATION DU MATERIEL ET EXAMEN DE SA REPRESENTATIVITE

Nous avons choisi 200 observations de patients ayant consulté au Centre Psycho-Social Universitaire de Genève en 1970. Nous avons sélectionné 140 dossiers bouclés et 60 encore en cours selon les statistiques du Centre Psycho-Social, c'est-à-dire ceux de patients ayant consulté au moins une fois dans l'année qui a précédé notre enquête, ce qui correspond à la proportion des cas en cours pour l'ensemble des statistiques du Centre Psycho-Social Universitaire (étude de W. Fischer).

Nous avons exclu de notre échantillonnage les patients qui avaient consulté pour des expertises, ainsi que ceux qui avaient été vus à la policlinique. Nous allons maintenant examiner si cette collection de cas pris au hasard est vraiment représentative.

Si nous considérons les âges des malades de notre échantillonnage, nous observons la répartition suivante, répartition que nous allons comparer avec l'étude rapportée ci-dessus.

<u>Âges</u>	<u>Nombre de cas</u>		<u>Classement par âge des patients suivis au Centre Psycho-Social en 1967</u> (pas de statistique pour 1970)	
- 20	7	(3,5 %)	2,5 %	7,1
20-24	31	(15,5 %)	30 %	17,5 %
25-29	29	(14,5 %)		
30-34	43	(21,5 %)	33,5 %	12,5 %
35-39	24	(12 %)		
40-44	26	(13 %)	19,5 %	7,5 %
45-49	13	(6,5 %)		
50-54	15	(7,5 %)	9,5 %	7,5 %
55-59	4	(2 %)		
60-64	6	(3 %)	4 %	7,5 %
65 et plus	2	(1 %)		

Le fait que la moyenne d'âge obtenue à partir de l'étude Fischer soit plus élevée que celle de notre échantillonnage s'explique par le fait qu'il s'agit de patients en cours de traitement, c'est-à-dire qui ont déjà consulté depuis des années, alors que nous avons considéré, pour notre part, les âges lors de la première consultation. En effet, si nous considérons les âges des patients qui ont consulté pour la première fois en 1973, nous trouvons une répartition bien différente, à vrai dire plus jeune encore que dans notre étude (phénomène de rajeunissement de la population du Centre Psycho-Social entre 1967 et 1973, voir étude Fischer).

Si nous examinons les professions respectives de nos 200 patients, nous trouvons :

- a) 13 étudiants, soit 10 étudiants et 3 étudiantes
1 collégien et 1 collégienne
- b) 24 employés de bureau, 12 hommes et 12 femmes
2 comptables, tous deux de sexe masculin
- c) 24 ouvriers qualifiés ou non, 16 hommes et 8 femmes
- d) 22 membres de personnel (maisons, restaurants et hôtels) 14 hommes et 8 femmes
- e) 9 secrétaires, 1 homme et 8 femmes
- f) 5 apprentis, tous de sexe masculin
- g) 9 artisans, 7 hommes et 2 femmes
- h) 11 paramédicaux (dont 6 infirmières), 2 hommes et 9 femmes
- i) 5 commerçants, 1 homme et 4 femmes
- j) 3 fonctionnaires
- k) 3 coiffeuses
- l) 4 professions libérales, 3 hommes et 1 femme
- m) 4 dessinateurs
- n) 12 divers, 7 hommes et 5 femmes
- o) 48 femmes n'exerçant aucune profession

On remarque que les groupes professionnels les mieux représentés par rapport à la population du canton sont les étudiants, les secrétaires et les groupes paramédicaux; alors que l'on peut constater une absence totale d'agriculteurs et la rareté des membres des professions libérales qui, vraisemblablement, préfèrent consulter en ville.

Etudions maintenant quels sont les diagnostics évoqués dans notre matériel :

41 cas de psychose (soit 13 schizophrènes : 6 paranoïdes, 4 hétéro-
catatoniques, 2 schizophrènes simples 1 atypique;
5 psychoses hallucinatoires chroniques; 12 délires
interprétatifs dont 1 érotomanie et 2 délires de
jalousie; 3 bouffées délirantes; 1 syndrome halluci-
natoire; 5 états dépressifs endogènes; 2 maniaco-
dépressives).

103 cas de névrose

4 cas entrant dans la catégorie des psychopathies et des perversions
sexuelles, à savoir 1 cas de psychopathie, 1 cas de
troubles du comportement chez un débile, 2 cas d'ho-
mosexualité

15 cas d'alcoolisme et de toxicomanie (9 alcooliques, 2 toxicomanes au
haschisch, 1 à l'opium, 1 hallucinose de Wernicke, 2
Korsakov)

6 cas d'étiologie déterminée (2 épilepsies, 1 syndrome du tronc cervi-
cal, 2 syndromes post-traumatiques, 1 psychose du
post-partum)

31 autres cas soit : 8 conflits conjugaux, 2 conflits familiaux, 1 con-
flit sentimental, 1 conflit de travail; 16 diagnostics
de troubles fonctionnels, 1 de tabagisme, 1 affection
psycho-somatique, 1 sans diagnostic.

Par comparaison, les statistiques de l'étude Fischer donnent les proportions de diagnostics suivants :

<u>Statistiques Fischer</u> (1967)		<u>Statistiques de notre étude</u>
1. Pas de diagnostic	1,9 %	0,5 %
2. Etats mélancoliques et maniaques	3,7 %	3,5 %
3. Schizophrénie	11,6 %	17,5 %
4. Troubles organiques	3,6 %	4,5 %
5. Sénilité	0,7 %	0 %
6. Névroses (+ troubles fonctionnels somatiques + troubles de la fonction sexuelle)	23,7%	37 %
7. Dépression et troubles de la personnalité (Toxicomanie, affections psycho-somatiques)	50,6 % 26,9%	55 % 18 %
8. Déséquilibre mental (Perversion, névrose de caractère)	15,9 %	8,5 %
9. Alcoolisme chronique	7,4 %	4,5 %
10. Autres	4,2 %	6 %
11. Inconnu	0,3 %	-

Nous avons tenu compte lorsqu'un patient souffrait de plusieurs affection, du diagnostic pour lequel il est venu consulter.

Notre échantillonnage, malgré sa modestie, montre une correspon-
dance assez frappante avec celui de l'étude Fischer, sous ce rapport
du diagnostic.

Nos patients ont été adressés au Centre Psycho-Social Universitaire 97 fois par des médecins de diverses origines (Clinique psychiatrique de Bel-Air 32 fois, Service Médico-Pédagogique 1 fois, Clinique Beau-Séjour 2 fois, Hôpital Cantonal 5 fois (dont 2 par le service de neurologie, 2 par le CMCE et 1 par la policlinique de chirurgie); 13 fois par leurs parents; 35 fois par d'autres personnes et 55 fois venus spontanément sans demander conseil à personne.

Prenons maintenant le nombre de consultations par cas :

88 patients ont bénéficié de 1 à 5 consultations soit 31 d'une consultation, 24 de 2, 16 de 3, 8 de 4 et 9 de 5

36 patients ont eu de 6 à 10 consultations

20 patients de 11 à 15 consultations

11 patients de 16 à 20 consultations

10 patients de 21 à 25 consultations

6 patients de 26 à 30 consultations

4 patients de 31 à 35 consultations

2 patients de 36 à 40 consultations

2 patients de 41 à 45 consultations

0 patient de 46 à 50 consultations

3 patients de 51 à 55 consultations

0 patient de 56 à 60 consultations

1 patient de 61 à 65 consultations

2 patients de 66 à 70 consultations

1 patient de plus de 70 consultations

Pour 8 dossiers nous n'avons pas pu déterminer combien de consultations ont eu lieu. D'autre part 6 patients ont séjourné au Centre thérapeutique de jour. D'ailleurs il faut relever que, en général, c'est lorsqu'il y avait beaucoup de consultations qu'il ne nous a pas été possible d'en estimer le nombre.

Les traitements entrepris montrent une nette prédominance des prises en charge médicamenteuses sur celle d'ordre psychologique. Celles-ci bénéficiant d'ailleurs fréquemment d'une association chimiothérapique. En effet, on a eu recours à 85 reprises à des traitements antidépresseurs; 24 fois administrés isolément mais 48 fois associés à des tranquillisants, 16 fois à des neuroleptiques, 9 fois à d'autres médicaments encore (vitamine B, Antabus, Lithium, Encéphabol, etc); et 7 psychothérapies ainsi que 2 traitements de relaxation se sont accompagnés de prescriptions d'antidépresseurs.

Les tranquillisants ont été administrés à 98 reprises; 30 fois seuls, 48 fois associés à des antidépresseurs, 14 fois à des neuroleptiques, 17 fois à d'autres médicaments (essentiellement vitamine B et Antabus), 8 fois à un traitement psychothérapique et 2 fois à des traitements de relaxation.

Les neuroleptiques ont été utilisés 32 fois.

Les traitements d'ordre psychologique comprennent dans notre échantillonnage 21 psychothérapies (16 de "soutien", 3 psychothérapies d'inspiration analytique individuelles et 2 prises en charge combinant des psychothérapies d'inspiration analytique individuelles et de groupes); 4 relaxations; 1 traitement par hypnose.

Dans les autres cas, on a soit utilisé d'autres types de médicaments déjà mentionnés; à deux reprises on n'a pas donné du tout de traitement semble-t-il (dossiers peu clairs) alors que 20 investigations se sont terminées sans prise en charge. Enfin dans notre choix de dossiers nous notons 72 séjours à la Clinique psychiatrique de Bel-Air, soit 36 %.

Remarque : on ne peut pas ne pas être surpris par le petit nombre de traitements psychothérapiques, surtout si l'on considère le caractère un peu vague de ce que l'on entend par psychothérapie de soutien. Une fois de plus il se confirme que les psychothérapies de type analytique ne sont réservées qu'à un petit nombre de patients. Ceci tient

certaines à plusieurs facteurs : disponibilité vite saturée du médecin, indication restreinte de ce type de traitement, mais il existe néanmoins une discrédence frappante entre cette proportion de psychothérapie et l'idéologie du Centre Psycho-Social Universitaire telle qu'elle est révélée par exemple au niveau des activités didactiques qui font une très large place à l'enseignement de la psychothérapie et presque aucune à celle de la pharmacothérapie.

Considérons maintenant le problème des abandons de traitement :

Ceux-ci sont survenus dans notre population 82 fois. A 61 reprises sans prévenir le thérapeute. Ces interruptions de traitement apparaissent surtout lors des premières consultations et deviennent très rares après un traitement de plus de 30 entretiens.

Tableau du pourcentage d'abandons :

Après	1-5 consultations	46 cas d'abandon sur un total de 90 cas	
	6-10	19	36
	11-15	6	22
	16-20	3	12
	21-25	3	11
	26-30	3	7
	31-50	1	10
	plus de 50	1	12
Total		82	200

Proportion d'abandons de traitement sans prévenir le thérapeute :

Après	1-5 consultations	31 cas d'abandon sur un total de 90 cas	
	6-10	15	36
	11-15	5	22
	16-20	3	12
	21-25	2	11
	26-30	3	7
	31-50	1	10
	plus de 50	1	12
Total		61	200

A remarquer que pour les 5 observations qui comportent des arrêts de traitement sur l'initiative du patient après plus de 25 consultations, il s'est agi 3 fois de prises en charges de type discontinu avec abandons, puis reprises du traitement et nouveaux abandons et ainsi de suite.

Quel est le diagnostic des patients de cette catégorie ?

Il s'agit de 44 névroses sur un total de 103 cas

de 12 cas de psychoses sur un total de 41 cas

de 2 cas de psychopathies sur un total de 4 cas

de 9 cas de toxicomanies et d'alcoolisme sur un total de 15

de 2 cas d'éthologie déterminée sur un total de 6 cas

de 13 autres diagnostics sur un total de 31 cas soit :

6 conflits conjugaux sur un total de 13 cas

1 conflit avec le patron sur un total de 1 cas

4 troubles fonctionnels sur un total de 16 cas

1 tabagisme sur un total de 1 cas

1 diagnostic indéterminé sur un total de 1 cas.

Nous pouvons remarquer l'importante proportion d'arrêt de traitement dans les cas de conflits conjugaux et chez les patients souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie et en revanche leur petit nombre chez les psychotiques et les malades présentant une symptomatologie de type fonctionnel. Il est vrai que, comme nous le verrons par la suite, les psychotiques sont souvent envoyés puis surtout renvoyés à la consultation par leur entourage, alarmé par la symptomatologie qu'ils présentent.

Essayons de préciser ce problème de la durée de la prise en charge et de la fréquence des abandons par rapport à notre population névrotique. Nous ne considérerons que les observations comportant une indication du diagnostic de la personnalité en excluant les dossiers où ne se trouvent que des indications telles que "dépression réactionnelle, état anxio-névrotique ou encore état d'agitation réactionnelle, etc."

Tableau

	<u>Nombre de cas</u>	<u>Nombre de con- sultations par cas</u>	<u>Pourcentage d'abandons</u>
Personnalité obsessionnelle	1	env. 40	---
Névrose obsessionnelle	2	+ de 50	---
Personnalité hystérique	3	9	33 %
Névrose hystérique	3	5,7	33 %
Caractère phobique	6	6	33 %
Névrose phobique	7	env. 60	30 %
Personnalité phobico- obsessionnelle	4	6,75	---
Névrose hystéro-phobique	4	21	50 %
Névrose d'angoisse	5	5,4	40 %
Organisation névrotique caractérielle	3	3,3	66 %
Névrose de caractère	4	3,75	75 %
Immaturité affective + arriération affective	8	env. 10 (1 en cours)	72,5 %
Abandonniques	5	env. 12 (2 en cours)	20 %
Névrose narcissique, Borderline et structure pré-psychotique	4	20	50 %

Malgré un échantillonnage très restreint, on est frappé du profil caractéristique des prises en charge selon les diagnostics : ainsi les 7 patients étiquetés du diagnostic de structure obsessionnelle se caractérisent par un taux d'abandon nul, alors qu'il y a 4 abandons chez nos 10 phobiques, ce taux d'abandon étant maximum chez les "caractériels" et les "immatures". D'autre part le nombre de consultations par cas est maximum chez les malades souffrant des "grandes névroses" et minimum chez ceux dont le diagnostic est différent (névrose de caractère, etc.).

Comparons encore l'état civil, le sexe et la nationalité de notre collection avec cette statistique des patients ayant consulté au Centre Psycho-Social en 1967.

Au point de vue de l'état civil :

	<u>Etude</u>	<u>Statistique 1967</u>
Mariés	51,5 %	41,9 %
Célibataires	35,5 %	38,9 %
Veufs	2 %	5,9 % (population plus âgée)
Divorcés	8,5 %	11 %
Séparés	2,5 %	2,9 %

Nous pourrions éventuellement attribuer la légère différence qui existe entre la statistique du Centre Psycho-Social et notre étude en faveur des veufs et des divorcés au fait que, comme nous l'avons vu précédemment, la population de notre étude est proportionnellement plus jeune. Nous constatons cependant une différence en sens inverse parmi les célibataires, ce qui paraît en contradiction avec ce que nous venons d'observer.

En ce qui concerne le sexe notre étude comprend 89 hommes (44,5 %) et 111 femmes (55,5 %). La statistique de Fischer : hommes 44 %, femmes 56 %.

Pour la nationalité nous avons :

128 Suisses, 22 Français, 18 Italiens, 18 Espagnols, 3 Allemands et 11 malades d'autres nationalités soit : 3 Algériens, 1 Israélien, 1 Marocain, 1 Jordanien, 1 Malais, 1 Portugais, 1 Anglais et 1 Autrichien et 1 Tchécoslovaque.

En regard de la statistique du Centre Psycho-Social nous obtenons le tableau suivant :

	<u>Statistique 1967</u>	<u>Etude (1970)</u>
Genève	23,7 %	20,5 %
Vaud	9,5 %	7 %
Berne	11,2	9,5 %
Fribourg-Neuchâtel	12,7 %	10,5 %
Valais	4 %	4 %
Autres Suisses alémaniques	9,5 %	8,5 %
Tessin + Grisons	2,8 %	4 %
France	7,4 %	11 %
Italie	7,8 %	9 %
Espagne	4,5 %	9 %
Apatrides	0,4 %	--
Autres pays	7,7 %	7 %

Nous avons indiscutablement une nette différence en faveur des étrangers dans notre étude. Il ne nous a pas été possible de déterminer s'il s'agissait d'un phénomène fortuit, dû par exemple au fait que nous avons choisi nos dossiers selon un certain ordre alphabétique et que certaines lettres sont plus représentées dans les langues latines, ou si au cours des années un phénomène d'accroissement de la population d'étrangers venant consulter le Centre Psycho-Social ne se produit pas, ce qui semble être le cas.

Revenons encore sur les différentes professions qu'exerçaient nos patients. Nous en avons donné le détail à la page 8. Nous ne possédons pas de statistiques aussi détaillées pour l'ensemble des patients en consultations en 1967. Dans la statistique de Fischer en effet, les patients ont été classés selon d'autres critères. Aussi avons-nous essayé, dans la mesure du possible, d'adapter ces critères à notre population étudiée afin de pouvoir la comparer. Nous obtenons ainsi :

	<u>Statistique 1967</u>	<u>Etude (1970)</u>
Femmes non actives	20,3 %	24 %
Rentiers	0,3 %	--
Retraités	1,8 %	0,5 %
En chômage	0,5 %	0,5 %
Ecoliers écoles secondaires et professionnelles	3,7 %	1 %
Etudiants	1,4 %	6,5 %
Apprentis	2 %	2,5 %
En réadaptation, désœuvrés	5,8 %	1 %
Gros indépendants, cadres supérieurs	2,5 %	3,5 %
Petits indépendants	2,6 %	7 %
Employés subalternes	21,1 %	27,5 %
Cadres moyens	5 %	5 %
Manœuvres	6,8 %	13,5 %
Autres ouvriers	24,8 %	7,5 %
Inconnus	1,8 %	--

Pour terminer reprenons le problème des traitements. Dans les statistiques de 1967 on obtient le tableau suivant :

	<u>Nombre de cas</u>	<u>%</u>
Psychothérapie de plus de 30 minutes	257	13,4
Psychothérapie classique	77	4
Autres psychothérapies (de groupe, relaxation)	8	0,4
Thérapie de soutien et médicaments	560	29
Traitements médicamenteux	560	29
Bilan	250	12,9
Expertise	41	2,1
Contrôle (sans traitement)	84	4,4
Consultation avant l'hospitalisation	88	4,6
Inconnu	4	0,2
Total	1929	100

Il nous est difficile de comparer directement ces résultats avec ceux de notre étude. En effet, alors qu'il nous a fallu dégager de la lecture des dossiers le type de traitements pratiqués, les chercheurs, dans la recherche sociologique de 1967, avaient pu directement interroger les thérapeutes au sujet de la prise en charge qu'ils pratiquaient. De plus, nous avons pris en considération les traitements psychothérapiques réellement entrepris sans tenir compte, par exemple, d'une prise en charge interrompue après trois ou quatre consultations, et on peut penser que le médecin, interrogé avant l'interruption du traitement, aurait répondu qu'il commençait une prise en charge de ce type. Quoiqu'il en soit, nous obtenons pour notre étude les données suivantes :

	<u>Nombre de cas</u>	<u>%</u>
Psychothérapie de soutien	16	8
Psychothérapie classique	4	2
Autres psychothérapies (de groupe, relaxation)	6	3
Thérapie de soutien + Médicaments	135	67,5
Thérapie médicamenteuse		
Bilan	26	13
Expertise	0	0
Contrôle sans traitement	2	1
Consultation avant hospitalisation	6	3

A noter que dans notre recherche, nous avons exclu d'emblée les expertises. En revanche, dans cinq cas, il n'y a pas eu de prise en charge médicale mais exclusivement sociale, rubrique qui ne figure pas dans l'étude de 1967.

Pour nous résumer, nous pourrions dire que nous avons analysé notre collection d'observations sous les angles de l'âge, du diagnostic, de l'état civil, du nombre de consultations par cas, des abandons

de cette consultation, des différents types de traitement, du sexe et de la nationalité des patients, et essayé de comparer les données obtenues avec celles de la population globale du Centre Psycho-Social, lorsque celle-ci existait. Le but de ce travail consistait essentiellement, puisque pour des raisons pratiques, il ne pouvait porter que sur un nombre réduit de dossiers, d'essayer de montrer la représentativité de notre échantillonnage, afin de pouvoir en spécifier les conclusions par rapport à l'ensemble des types de prises en charge qu'offre le Centre Psycho-Social.

Dans notre entreprise, nous avons rencontré deux écueils :

- 1) Nous ne disposons que de statistiques globales portant sur l'année 1967 (statistique portant sur l'ensemble des patients ayant consulté le même année, environ 1900 cas) et il se dégage d'études ultérieures qu'il existe une évolution non négligeable dans la composition de la clientèle du Centre Psycho-Social, avant tout un rajeunissement extrêmement frappant (dont nous avons tenté de rendre compte dans notre tableau page 7) et qui retentit de manière plus ou moins marquante sur toutes les autres variables. D'autre part, il existe également une évolution dans les diagnostics posés, reflet des modifications de l'idéologie de l'institution, et dont un exemple pourrait être le glissement du diagnostic de psychopathie vers celui de névrose de caractère.
- 2) En deuxième lieu, comme nous l'avons constaté au niveau des comparaisons par diagnostics, nos critères de classement, dans certains cas, ne se recoupent pas tout à fait avec ceux de la statistique Fischer. (Par exemple, nous avons utilisé le critère de psychothérapie de soutien qui ne recouvre que très imparfaitement celui plus "administratif" de psychothérapie de plus de 30 minutes).

Conclusions

Cette analyse nous montre qu'il n'est pas indispensable de dépouiller l'ensemble des dossiers de patients ayant consulté le Centre Psycho-Social durant l'année de l'étude, car nous n'avons pas trouvé de discordance fondamentale entre notre échantillonnage et une statistique portant sur la globalité de ces patients.

Au cours de ce travail préliminaire nous avons été frappé par l'importance des traitements d'ordre chimiothérapiques par rapport aux prises en charge psychothérapiques et ceci malgré l'idéologie de l'Institution d'apparence essentiellement dynamique.

II. PRESENTATION DE L'ECHANTILLONNAGE DES PSYCHOTIQUES SOUS L'ANGLE DE LA DEMANDE ET DE SON ANALYSE

Nous pouvons distinguer parmi notre population de psychotiques deux grands groupes de diagnostics qui devraient se différencier sur le plan théorique en ce qui concerne la demande. C'est d'une part le groupe des schizophrènes et des autres psychoses délirantes, et d'autre part celui des dépressions endogènes et des psychoses périodiques.

Notre étude comprend 34 observations de patients du premier groupe, c'est-à-dire rappelons-le 13 cas de schizophrénie (6 paranoïdes, 4 hétéro- et catatonies, 2 simples et 1 atypique), 5 psychoses hallucinatoires chroniques, 12 délires interprétatifs, 3 bouffées délirantes et 1 syndrome hallucinatoire.

Dans la seconde catégorie, nous n'avons que 7 cas dont 5 dépressions endogènes et 2 psychoses maniaco-dépressives.

Il s'agit là de patients qui sont très fréquemment confrontés avec des problèmes d'hospitalisation en cliniques psychiatriques : on peut dire que, chaque fois que de tels diagnostics sont posés, la possibilité d'une admission en milieu spécialisé est au moins évoquée par le médecin ou par l'entourage. Qu'en est-il dans nos deux groupes ?

Effectivement dans le premier, on s'aperçoit que 23 patients ont séjourné à Bel-Air, 10 d'entre eux avaient d'ailleurs été adressés au Centre Psycho-Social par ses soins. Dans le second groupe, 6 patients sur 7 ont également été hospitalisés, 2 d'entre eux ayant été adressés pour la première fois au Centre Psycho-Social par la clinique.

Quelles sont les exceptions à ce mode de faire ? Considérons notre premier groupe : Il y a tout d'abord les patients qui mettent un terme à leur traitement si rapidement qu'on n'a pas le temps de songer à les hospitaliser. C'est ainsi que sur les 11 malades suivis exclusivement au Centre Psycho-Social on trouve 6 abandons de prises en charge après

respectivement 1, 4, 10, 19 consultations s'étageant sur une année, 22 consultations pendant une durée de deux ans et demi et quelques consultations éparses sous forme de visites à domicile que le malade a fini par refuser dans notre dernier cas.

D'autre part une 7ème. patiente avait déjà effectué un séjour hospitalier en Allemagne et n'a été vue que pour un bref dépannage d'une situation aiguë. Enfin, une patiente schizophrène paranoïde a été placée en pension à sa sortie de la clinique psychiatrique de Bel-Air tout en travaillant aux ateliers de réadaptation du Centre Psycho-Social, ce qui correspond à une hospitalisation extra-hospitalière (observation numéro 176).

En définitive, on ne retrouve que 3 patients qui ont été pris en charge en 1970 et qui le sont encore cinq ans plus tard sans jamais avoir été hospitalisés.

Deux d'entre eux sont relativement âgés et suivis surtout sur le plan social sans qu'ils n'aient jamais cessé de délirer, le troisième a présenté une bouffée délirante mais par la suite sa symptomatologie se sera modifiée et est décrite actuellement comme se situant à mi-distance entre la névrose et la psychose.

Dans notre deuxième groupe, la seule exception se trouve être un patient d'origine française qui n'a consulté qu'une seule fois.

On peut donc conclure que ce type de prises en charges se fait le plus souvent en collaboration avec le secteur hospitalier, le Centre Psycho-Social Universitaire étant en quelque sorte une institution "auxiliaire" et ceci afin de prolonger et de consolider les éventuels bénéfices des séjours, rôle pour lequel bon nombre des organismes extra-hospitaliers avaient été conçus à l'origine.

On peut considérer plusieurs types d'objectif dans la prise en charge de ce genre de patients.

- 1) Le premier proche des visées de la médecine générale traditionnelle serait de "guérir" ou tout au moins de favoriser les périodes de rémission et d'éviter les poussées aiguës.
- 2) Le second serait d'éviter le plus possible les séjours hospitaliers et de favoriser ainsi le dépérissement de ces institutions plus ou moins condamnées, par les courants avancés de la psychiatrie, parfois même par leur propre directeur. Pour les cas transmis par l'hôpital psychiatrique, il s'agit en effet de mettre sur pied une prise en charge visant à éviter les réhospitalisations, c'est ce que nous appellerons la demande de la clinique.
- 3) Dans d'autres cas c'est un tiers qui demande une prise en charge au Centre Psycho-Social, s'agissant soit d'un médecin qui a reconnu être en face d'un cas psychiatrique qui sort donc de son domaine coutumier, et qui demande à ce qu'on l'assume à sa place, soit d'un voisin ou d'un parent proposant lui aussi que le patient soit modifié, qu'il cesse d'avoir certaines attitudes intolérables pour la famille ou pour la société, ou encore qu'il soit aidé à redevenir lui-même.
- 4) Il existe aussi la demande proprement dite du patient, souvent bien différente de celle des autres instances qui ont demandé la consultation et de l'objectif du médecin (voir demande délirante d'être débarrassé d'un persécuteur).

Le problème, qui existe d'ailleurs chez presque tous les patients amenés à consulter le Centre Psycho-Social, mais à un degré caricatural chez les psychotiques, est donc d'apporter une réponse à des demandes la plupart du temps contradictaires et on peut soulever l'hypothèse que plus cette contradiction sera éclatante, moins il y aura de chances que la réponse puisse être considérée comme adéquate par les différents demandants (patients, entourage au sens large, médecin du

Centre Psycho-Social en ce qui concerne son objectif thérapeutique).

Pour tenter d'éclaircir cet aspect du problème, nous allons passer en revue les 34 observations déjà mentionnées, afin d'examiner dans chacune d'elle les différentes demandes, et, partant, de mettre en évidence leurs aspects concordants et divergents. Nous mettrons alors ceci en relation avec l'évolution des prises en charge de nos patients.

Par **exemple**, il existe dans notre échantillonnage un groupe de patients chez qui une demande à laquelle il est à première vue possible de pouvoir répondre sur le même plan est formulée. Prenons le cas d'un jeune homme (observation numéro 46) venu au Centre Psycho-Social sur les conseils d'un enseignement ami de sa famille, parce que son entourage a remarqué une déchéance professionnelle accompagnée d'un retrait affectif. Lui-même se sent en désarroi, se trouve déprimé, bloqué, ne se sent nulle part à sa place et demande qu'on l'aide à se situer. Dans ce cas précis, il y a donc concordance entre la demande du patient, celle de l'entourage et aussi l'objectif du thérapeute (objectif qui pourrait être de l'aider à mieux se comprendre, et également de lui assurer une vie plus "normale", une certaine insertion professionnelle, etc). Nous avons trouvé 10 observations de ce type.

Dans un autre groupe de patients co-existent une demande irrecevable (délirante le plus souvent) et un état d'angoisse pénible dont le malade souffre et qui peut servir de motivation à la venue en thérapie.

Donnons un exemple de ce type de demandes. Il s'agit d'une femme d'origine italienne, 37 ans, mariée, un enfant, adressée au Centre Psycho-Social par l'assistante du Consulat d'Italie pour un conflit conjugal aigu. Elle-même se plaint de pertes de connaissance, de vertiges, de dyspnées, d'algies diverses, de polydipsie et de polyurie. Elle se sent déprimée, pleure beaucoup. On s'aperçoit après

quelques consultations qu'elle souffre en fait d'un délire de jalousie. Nous sommes donc là en face de plusieurs demandes : celle de l'assistante sociale, qui demande que l'on s'occupe du cas, celle du mari, qui se plaint du délire de sa femme et craint même qu'elle ne veuille l'abandonner, celle du service médico-pédagogique, qui s'inquiète de l'enfant, celle de la malade, qui demande qu'on la guérisse de ses maux somatiques et aussi qu'on l'aide dans son conflit conjugal, en reconnaissant d'abord que c'est bien son mari le coupable de tout. Enfin l'objectif du médecin, radicalement différent de celui de la malade, serait d'agir sur le délire qu'il a reconnu. Nous avons donc là une contradiction essentielle, alors qu'en revanche il y a concordance entre les demandes de l'entourage et l'objectif médical. Toutefois, une partie de la demande de la patiente, qui concerne ses plaintes somatiques est recevable, et le médecin va s'efforcer de nouer la relation par une réponse adéquate sur ce registre. Nous avons trouvé 9 observations de ce type.

Enfin, nous avons un dernier groupe de malades qui n'ont aucune motivation à consulter mais dont la prise en charge répond à des exigences de l'entourage au sens large. Prenons par exemple le cas d'un photographe auxiliaire de 32 ans, envoyé par la clinique psychiatrique de Bel-Air où il vient de faire un séjour de six mois et demi pour une décompensation psychotique. Ici, le but de la prise en charge est d'une part, d'éviter les rechutes délirantes et les hospitalisations, et, d'autre part, de maintenir une certaine insertion socio-professionnelle. Lui-même cependant ne demande rien et on peut concevoir dans ces conditions qu'une prise en charge s'avère délicate. (12 observations).

Nous n'avons jusqu'à présent considéré que des cas où le conflit existait entre la demande du patient et l'objectif du médecin sans tenir compte de divergences éventuelles vis-à-vis des demandes de l'entourage. Ces divergences quoique souvent rencontrées durant les

consultations n'apparaissent que peu dans les dossiers. Citons toutefois le cas (observation numéro 64) d'un jeune homme de 19 ans, apprenti dessinateur en génie civil, envoyé par un médecin ami de sa famille, parce que son rendement professionnel se dégrade de plus en plus et qu'il est devenu aboulique, apragmatique, préoccupé par la mort. Dans ce cas, le médecin a pensé qu'une hospitalisation s'imposait, mais il n'est pas parvenu à en convaincre la famille qui a refusé que leurs fils revienne au Centre Psycho-Social.

Pour maintenir l'homogénéité de nos groupes, nous avons exclu cette observation ainsi que celle de deux autres patients, qui n'ont pu être pris en charge pour cause de départ à l'étranger.

Etudions tout d'abord la répartition des diagnostics respectifs au sein des trois catégories de malades ainsi délimitées : dans le premier groupe, nous trouvons trois hébéphrénies, trois délires sensitifs, une schizophrénie simple, une bouffée délirante aiguë, une psychose du post-partum et un syndrome hallucinatoire d'origine éthylique, c'est-à-dire tous les degrés de gravité d'états psychotiques, à l'exception de la schizophrénie paranoïde et de la psychose hallucinatoire chronique, ces patients se caractérisant naturellement par leur anosognosie.

Dans le second groupe, nous recensons six délires interprétatifs, deux psychose hallucinatoire chronique et une schizophrénie paranoïde.

Enfin le troisième groupe comprend trois psychoses hallucinatoires chroniques, six schizophrénies paranoïdes, une schizophrénie hébéphrénocatatonique, une schizophrénie simple et un délire interprétatif.

Examinons maintenant quelle est l'influence de la demande initiale dans la prise en charge ? Dans notre premier groupe de patients, soit, rappelons-le, chez ceux qui présentent une demande adéquate, nous trouvons au terme d'une évolution d'une durée comprise entre un et cinq ans :

- 5 améliorations marquées, alors que dans un autre cas il y a eu 1 amélioration après une année de prise en charge, mais que celle-ci s'est terminée par un abandon.
- 2 cas stationnaires (un après abandons répétés du traitement).
- 2 cas dont la prise en charge n'a pas pu être évaluée, un patient abandonnant la consultation après deux entrevues et un autre partant pour l'Espagne après trois mois, sans avoir fait de progrès.

En résumé, nous avons donc 5 améliorations certaines, 3 abandons et un cas stationnaire.

Dans notre groupe deux, nous obtenons :

- 4 améliorations après des prises en charge d'une durée de deux à cinq ans.
- 1 cas stationnaire encore en cours de traitement.
- 4 abandons après des prises en charge respectivement de six semaines, neuf mois et deux ans et demi.

Dans les deux derniers cas, il s'agit d'abandons multiples avec reprises de traitement ultérieurement. L'évolution de ces quatre derniers cas a d'ailleurs pu être considérée comme stationnaire.

Nous avons donc dans ce groupe 4 améliorations, 4 abandons et 1 cas stationnaire en cours.

Passons à notre troisième groupe, c'est-à-dire celui des patients qui n'ont aucune demande vis-à-vis du Centre Psycho-Social ou alors une demande délirante à laquelle il est impossible de répondre. Cinq ans après la première consultations le bilan est le suivant :

- 3 cas très améliorés.
- 6 cas stationnaires, tous en cours de traitement.
- 2 départs, après respectivement trois mois et demi et sept mois de prises en charge sans qu'il y ait eu d'évolution.
- 1 dernière observation qui se caractérise par un changement de diagnostic en cours de traitement sans qu'on puisse dire que l'évolution au point de vue de la gravité de l'affection n'en ait été fortement modifiée.

Nous avons donc 3 améliorations, 6 cas stationnaires, 2 départs et aucun abandon de traitement. Nous pouvons donc constater que l'évolution des patients pris en charge dans les groupes un et deux est

presque superposable. De part et d'autre le nombre des améliorations, des abandons et des cas stationnaires est comparable. Dans le groupe trois, en revanche, il semble que l'absence de motivation soit un important obstacle à l'amélioration de la symptomatologie, mais pas du tout, paradoxalement, à la prise en charge; ces patients étant les seuls à ne pas abandonner leur traitement (vraisemblablement pressions de l'entourage mentionnées d'ailleurs dans plusieurs dossiers).

On pourrait objecter que ce qui fait la différence entre les groupes de patients tels que nous les avons établis consiste non pas tant dans leurs motivations que dans les degrés différents de gravité que présentent les affections inégalement réparties dans leur sein. On pourrait répondre à cette objection que c'est précisément l'anosognosie des patients délirants qui rend leur traitement plus difficile et leur pronostic sombre, et que c'est donc bien là un problème de demande. Nous allons toutefois essayer pour préciser ce problème, d'utiliser un "critère de gravité" commode, celui des séjours en clinique psychiatrique et de leur durée, tout en nous rendant compte que ce critère est bien fragile.

Dans notre premier groupe, nous avons 4 patients adressés au Centre Psycho-Social par la clinique psychiatrique de Bel-Air et qui n'ont pas été réhospitalisés par la suite (c'est-à-dire pendant une durée de cinq ans); 2 autres qui en revanche ont été admis en clinique à la demande du Centre Psycho-Social, dans 1 cas à deux reprises et pendant une durée de six mois et demi, dans l'autre à quatre reprises et pendant une durée de dix mois et demi, et enfin 2 malades qui n'ont jamais été en contact avec l'hôpital psychiatrique.

Dans le groupe deux, nous trouvons un patient adressé par la clinique psychiatrique de Bel-Air et réhospitalisé à quatre reprises et pour une durée totale de quatre mois et demi; 4 autres ayant été hospitalisés à partir du Centre Psycho-Social (2 patients une

fois, pour des durées respectives de un mois et deux mois et demi; 1 patient deux fois, pendant neuf mois et demi; et un dernier sept fois pendant une durée impossible à déterminer d'après son dossier). Enfin, 4 patients sont sans contact avec la clinique psychiatrique.

Dans notre troisième groupe, nous avons un patient adressé par la clinique psychiatrique de Bel-Air et jamais réhospitalisé, 3 autres de même origine et réhospitalisés. (Un à une reprise, pendant deux mois; un autre a fait un séjour de quatre mois en clinique psychiatrique puis a été placé en pension où il se trouve encore; le troisième à deux reprises, pour une durée totale de neuf mois et demi, hospitalisation suivie d'un placement en pension, dans ce cas également). 4 malades ont séjourné en clinique psychiatrique à la demande du Centre Psycho-Social (pour respectivement, un séjour de trois semaines, un de deux mois, deux de deux mois et trois d'une durée totale de huit mois). Enfin nous avons dans ce groupe deux patients qui n'ont jamais été hospitalisés.

Cette série, malheureusement, insuffisante quant au nombre de cas considérés, semble montrer toutefois la très grande importance de la nature acceptable ou non de la demande des patients. On voit que dans notre groupe I, formé pourtant de patients à peu près aussi gravement atteints que ceux des deux autres groupes, si on tient compte du critère de l'hospitalisation, il n'y a pas moins de 4 observations (numéro 114, 162, 165 et 185) de malades adressés par la clinique psychiatrique de Bel-Air et qui n'ont pas été réhospitalisés, alors que ce phénomène ne s'observe qu'à une reprise dans les deux autres groupes. En revanche, parmi les 4 cas de patients adressés par l'hôpital psychiatrique et réhospitalisés nous n'en trouvons aucun qui fait partie du premier groupe. On a donc l'impression que la consciencence morbide du malade psychotique lui permet non pas tant de "guérir" mais surtout d'éviter le plus possible les séjours en milieu psychiatrique.

C'est d'ailleurs un des buts de notre prise en charge que de favoriser une certaine nosognosie parmi ce type de malades et d'essayer de susciter "l'alliance thérapeutique" avec des résultats d'ailleurs plutôt décevants dans notre collection. Un bon exemple de ce processus nous est fourni par l'observation 167 :

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, mère de deux enfants, divorcée mais vivant de nouveau avec son époux alcoolique, qui a été adressée au Centre Psycho-Social par l'entremise de son mari pour un délire de persécution accompagné d'ahllucinations pluri-sensorielles. Après deux séjours en clinique psychiatrique, en 1970 et 1971, elle est régulièrement suivie avec un traitement neuroleptique graduellement diminué puis supprimé. Elle paraît tout à fait au clair sur le caractère morbide de ses hallucinations et reprend spontanément des psychotropes lorsque celles-ci reparaissent. Depuis lors d'ailleurs, elle n'a plus dû être réadmise à l'hôpital. On aurait donc dans ce cas, passage de notre groupe II dans le groupe I.

Si nous revenons à notre schéma de la structure de la demande, nous avons au départ : la demande du mari qui souhaiterait que sa femme soit soignée et puisse reprendre sa fonction dans le ménage, celle de la Protection de la Jeunesse qui demande que les intérêts des enfants soient sauvegardés, celle de la clinique psychiatrique de Bel-Air de continuer de lui assurer son traitement en injections et celle de la patiente qui se sent angoissée et déprimée et désire un appui contre ses persécuteurs. Enfin il y a l'objectif du thérapeute qui serait, idéalement, de faire disparaître le délire. Après évolution favorable du cas, il y a modification de la demande de la patiente qui vient elle aussi réclamer la disparition de ses hallucinations et rejoint ainsi la demande des autres partenaires.

Ce phénomène se retrouve dans deux autres observations, l'une du groupe II et l'autre du groupe III. Dans les deux cas, il y a compréhension par le patient du caractère irréel des phénomènes délirants ou

hallucinatoires en cours de traitement et souhait de les voir disparaître (observations numéro 187 et 191); et chaque fois on constate une très nette amélioration dans l'évolution.

Il se trouve certes des cas dont l'évolution est relativement favorable et où il n'existe pas toutefois de phénomène de renversement de la demande. Nous en trouvons trois par exemple dans notre cohorte de psychotiques : prenons le cas (observation numéro 151) d'une mère de famille de 52 ans souffrant depuis une quinzaine d'années d'idées délirantes de persécutions et d'hallucinations auditives et chez qui a été posé le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique, adressée au Centre Psycho-Social après un séjour de huit mois à la clinique psychiatrique de Bel-Air. Le médecin du Centre Psycho-Social se trouvait alors en présence des demandes suivantes : celle de la clinique psychiatrique qui le priait d'assurer le traitement neuroleptique, celle du mari qui souhaitait tout d'abord qu'on s'occupe de sa femme, de manière à ce qu'il n'entende plus parler d'elle, celle de la pension où elle avait été placée, espérant qu'elle y soit tolérable, et enfin la demande de la malade qui était de retrouver sa famille et de cesser son traitement. Le médecin se trouvait d'accord avec le souhait de la clinique psychiatrique de Bel-Air, et avec le premier désir de sa malade, mais en revanche était opposé à la demande du mari et naturellement au second désir de sa malade, c'est-à-dire "arrêter les piqûres". On avait au départ une double contradiction dans la structure de la demande entre le médecin et le mari, le médecin et la patiente, tout ceci dans le cadre d'un conflit conjugal. En cours de traitement, la contradiction fondamentale que posait le désir de la malade de ne pas être traitée n'a jamais été résolue et pendant trois ans et demi les pourparlers au sujet des injections n'ont pratiquement jamais cessé, mais en revanche grâce, à la prise en charge, on a obtenu de son mari qu'il la reprenne à la maison, modifiant ainsi sa demande; demande qui, maintenant, pourrait être formulée ainsi : "Soignez ma femme de manière à ce qu'elle reprenne sa place dans la famille". Subséquemment la demande de la clinique psychiatrique de Bel-Air a été également satisfaite

puisque la malade n'a jamais été réhospitalisée; et l'objectif médical est lui partiellement atteint avec la disparition des phénomènes hallucinatoires et la non productivité du délire.

Dans ce cas, ce n'est donc pas la nosognosie qui assure la poursuite de la prise en charge mais d'une part la pression sociale au sens large et plus encore d'autre part, une sorte d'habitude prise par la patiente de revenir à ses consultations où l'habileté du thérapeute, essentielle en début de traitement, devient de moins en moins importante par la suite.

Venons-en maintenant à notre deuxième catégorie de psychotiques représentée par les dépressions endogènes et les psychoses périodiques. Si nous reprenons notre modèle d'analyse de la demande, nous nous attendons à ne trouver naturellement que des patients du premier groupe. En effet, ces patients dépressifs, qu'ils verbalisent ou non une demande, présentent une souffrance sur laquelle peut s'appuyer la prise en charge.

Parmi les dépressions mélancoliformes dans quatre cas sur cinq, existaient une demande du même type que celles du groupe I des psychoses, c'est-à-dire une concordance entre toutes les demandes, l'observation numéro 145 faisant toutefois exception. Donnons-le comme exemple de la structure de la demande dans un cas de dépression endogène d'ailleurs complexe :

Il s'agit d'une patiente de 38 ans, divorcée, employée de banque, qui avait déjà fait une décompensation dépressive soignée trois ans auparavant à la clinique psychiatrique de Bel-Air, mais envoyée au Centre Psycho-Social par la clinique de neurologie où elle était entrée pour une hémiparesie gauche, décrite comme fonctionnelle. La demande primaire de la malade se trouvait donc être celle de la guérison de sa paralysie et, très secondairement, celle de certaines malaises qu'elle éprouvait dans sa vie professionnelle (elle trouvait son travail trop difficile et trop chargé de responsabilités). Il y avait donc d'emblée

contradiction entre l'origine organique du symptôme, imaginée par la consultante, et celle psychique prônée par les neurologues. La réponse du thérapeute qui se proposait dans ce cas d'approfondir sa relation avec sa patiente, de discuter de la problématique qui se trouve à la base de son symptôme, cette réponse court donc le risque de se situer tout à fait à côté de la demande à laquelle il lui est impossible de répondre directement. Dans ce cas en effet, nous voyons les entretiens se situer ni au niveau souhaité par la malade ni à celui désiré par le médecin : on ne parle plus de la paralysie pourtant mentionnée deux ans plus tard, montrant ainsi que le symptôme existe encore, et, parallèlement, la consultante verbalise à plusieurs reprises le désir de ne pas discuter de ses problèmes.

Puis une nouvelle demande se fait jour, sous forme d'un état dépressif avec des idées de culpabilité, d'auto-accusation et d'incapacité. Après une nouvelle hospitalisation à la clinique psychiatrique de Bel-Air s'instaure alors une collaboration précaire, la concordance des objectifs entre malade et médecin (éviter les rechutes dépressives) restant en parallèle avec une discordance au niveau des moyens; le médecin insistant pour une prise en charge en dehors des décompensations et la malade n'en voyant pas la nécessité. Cette convergence relative suffit cependant à assurer un bilan dans l'ensemble positif (pas de nouvelles hospitalisations, courte rechute trois ans plus tard, jugulée ambulatoirement).

Un cas de psychose périodique peut également se classer dans ce groupe II, alors que notre dernière observation s'est soldée par un départ en France après une consultation et ne peut donc pas entrer en ligne de compte.

Notre étude comprend donc quatre observations classées dans le premier groupe des structures de demandes dont l'évolution s'établit ainsi après des prises en charge d'une durée de deux ans et demi à cinq ans : deux améliorations, un cas stationnaire et un dernier cas longtemps sans évolution mais qui semble maintenant légèrement amélioré.

Trois de ces cas sont encore en cours de traitement.

Parmi les deux observations du groupe II, nous constatons deux améliorations, un des cas étant encore en cours.

Dans cette sous-catégorie, on retrouve la coïncidence déjà constatée chez les patients schizophrènes entre les groupes I et II.

Si nous examinons maintenant ces six cas sous l'angle de l'hospitalisation à la clinique psychiatrique de Bel-Air, nous trouvons dans le groupe I :

Un patient adressé par la clinique psychiatrique de Bel-Air et non réhospitalisé, deux patients réhospitalisés et un dernier malade sans contact avec la clinique psychiatrique de Bel-Air.

Dans le groupe II, nous avons un patient adressé par l'hôpital et réhospitalisé et un autre ayant déjà séjourné en clinique psychiatrique auparavant, hospitalisé une nouvelle fois par l'entremise du Centre Psycho-Social.

En résumé, ni dans l'évolution des prises en charge, ni sous l'angle des hospitalisations à la clinique psychiatrique de Bel-Air, nous ne notons de différences marquantes entre nos deux groupes. D'ailleurs notre nombre d'observations est tout à fait dérisoire. Tout au plus, peut-on constater le caractère propre des maladies cycliques d'entraîner de fréquentes réhospitalisations, en grande partie du fait de l'état actuel des ressources thérapeutiques. Le problème de la demande nous paraît passer ici au second plan.

Conclusions

Le très petit nombre des cas envisagés rend toute conclusion sujette à critique. Cette première approche peut cependant donner à penser, que l'étude de la structure de la demande pourrait revêtir une valeur prédictive sur l'évolution des cas considérés, soit qu'on l'étudie de manière statique en s'intéressant à sa formulation lors des premières consultations, soit qu'on la considère d'un point de vue dynamique en cherchant à évaluer comment se modifie cette struc-

ture tout au long de la prise en charge, et partant, comment pourrait s'infléchir le pronostic de départ.

Si cette analyse de la demande est particulièrement transparente dans la consultation des psychotiques, elle est, au niveau des dossiers, plus difficile à déterminer en revanche dans la plupart des autres catégories de malades. Par contre une autre variable devient alors plus facilement analysable lorsqu'on étudie l'interaction de la demande du malade et de la réponse du médecin : il s'agit du modèle de ce dernier, c'est-à-dire de la réaction induite chez lui par la "présentation" de la maladie et par conséquent de sa contre-attitude. Nous nous proposerons dans notre troisième partie, d'essayer d'en dégager l'impact éventuel sur le cours des cas pris en charge.

III. PRESENTATION DU RESTE DE LA POPULATION

EN METTANT EN EVIDENCE LES FACTEURS : 1. modèle du médecin

2. contre-attitude

Méthodologie

Nous avons considéré l'ensemble des observations des patients non-psychotiques venus consulter au Centre Psycho-Social Universitaire. Il s'agit, contrairement à notre étude précédente, essentiellement d'une clientèle ambulatoire, ayant relativement peu de contact avec l'institution psychiatrique hospitalière.

Nous allons tenter d'essayer d'étudier tout d'abord s'il existe ou non une relation entre le profil de ces patients considérés sous l'angle du modèle du médecin, et la nature de leur prise en charge (nombre de consultations, leur fréquence, évolution du traitement, succès ou au contraire échec de celui-ci et enfin modalité de la fin de la prise en charge). Dans un second temps, nous examinerons qu'elle est l'influence de la vision que se fait le médecin de son patient sur le destin du traitement. Pour ce faire, nous avons cherché à dégager des dossiers qu'elle était l'opinion personnelle du thérapeute sur son patient, et quel était son avis sur l'issue de celui-ci. Il s'agit la plupart du temps, de très courtes phrases perdues au sein des observations. Nous n'avons considéré que les remarques formulées lors des toutes premières entrevues afin d'éviter que l'évolution plus ou moins favorable du cas considéré ne vienne à son tour retentir sur la contre-attitude du thérapeute.

Pour éclaircir notre premier point, nous avons divisé cette population de patients non-psychotiques en quatre catégories :

Premièrement celle où il existe une demande symptomatologique précise, visant un symptôme bien défini. (I)

Deuxièmement, lorsque la demande porte sur un syndrome déterminé. (II)

Troisièmement, les observations d'où peuvent se dégager une personnalité évoquant dans l'esprit du médecin, la possibilité d'une prise en charge psychothérapique. (III)

Quatrièmement, les patients chez qui le modèle du médecin ne colle pas

à la demande, c'est-à-dire les patients pour qui un type de prise en charge bien défini et bien connu n'existe pas. (IV)

Cette répartition n'a pas été sans difficulté du fait de l'existence de nombreux cas intermédiaires : c'est ainsi qu'il existe beaucoup de patients qui présentent un symptôme et plus souvent un syndrome déterminés derrière lesquels se profile toutefois une structure évoquant d'autres modèles thérapeutiques. Par exemple, un état dépressif chez une personnalité ayant une structure rebelle aux approches psychiatriques habituelles, ou au contraire, chez un malade présentant une affection accessible à une psychothérapie.

Nous avons essayé de mettre l'accent sur la prévalence de ce syndrome dans la demande en la notant comme II/IV, s'il s'agit d'un syndrome dépressif, par exemple sur une structure de type IV (psychopathie, névrose de caractère, alcoolisme, troubles fonctionnels, etc) et II/III si la structure de base pourrait justifier une psychothérapie (névrose hystérique, phobique, chez des intellectuels, etc). Si au contraire, la symptomatologie dépressive n'est qu'un épiphénomène chez une personnalité de type IV et qu'elle ne motive pas réellement la demande, nous lui avons attribué la cotation IV.

Catégorie I

Si nous prenons cette catégorie des patients, venus consulter pour un symptôme précis, nous dénombrons 26 cas parmi lesquels :

9 conflits conjugaux

5 cas de troubles sexuels, 4 chez des hommes (3 impuissances et 1 trouble sexuel mineur) et 1 chez une femme (frigidité)

1 conflit familial (parents-enfants)

3 demandes de conseils

1 observation de cancérophobie

1 cas de crises d'angoisse

4 crises de névropathie

1 cas de somnambulisme

1 cas de tabagisme

Deux remarques au sujet de cette population :

Tout d'abord elle n'est en aucune façon homogène, le seul point commun à tous ces patients étant l'existence d'une demande précise visant un symptôme déterminé. Tous ces symptômes sont cependant inégalement connus des psychiatres ou du moins de la littérature psychiatrique, d'où les très grandes différences dans la possibilité de trouver une réponse adéquate selon les cas. D'autre part, derrière le symptôme-cible se dissimulent des personnalités de base extrêmement variables, plus ou moins susceptibles de réagir au traitement envisagé. Nous allons donc analyser les diverses prises en charge selon les symptômes-cibles évoqués.

Deuxièmement, notre classification repose ici sur la manière dont la demande est formulée par le patient et non pas sur le diagnostic posé, d'où certaines divergences avec la partie statistique du chapitre I.

1. Groupe des conflits conjugaux :

Lorsque la demande porte sur ce symptôme, on se trouve confronté en fait à une double exigence, celle, explicite, de réparer l'union conjugale et celle, implicite, de réparer l'autre, c'est-à-dire de le juger, de le condamner, puis de le restaurer selon les vœux du consultant; la réponse du médecin, en revanche, ne peut se situer qu'au niveau de la demande explicite avec, comme technique, la prise en charge de couple, "la consultation de couple". Deux écueils apparaissent ainsi d'emblée : tantôt le conjoint refuse de venir à la consultation, refusant de passer devant cette sorte de tribunal que "le patient-plaignant" a en quelque sorte organisé à son intention, et tantôt, s'il accepte de s'y rendre, c'est le consultant qui se scandalise de ce que le médecin ne prenne pas son parti et qui abandonne alors la consultation (observation numéro 73, par exemple). Le plus souvent, le consultant refuse s'emblée la prise en charge de couple, montrant ainsi qu'il est essentiellement venu demander une condamnation de l'autre plus qu'une restauration du couple (observation numéro 36, 89, 92, 107 et 169).

C'est ainsi que dans les 7 cas où on a proposé d'organiser des consultations de couple, il n'y a eu qu'une seule prise en charge de ce type possible, le mari finissant d'ailleurs par abandonner les consultations. Dans tous ces cas, sauf un, les prises en charge sont d'ailleurs très courtes et se terminent après une ou deux consultations par l'abandon du traitement. Dans deux observations (numéro 79 et 99) on a voulu traiter que les consultants en renonçant à organiser une réunion de couple : Dans un cas, on n'a pas eu le temps de la suggérer, la patiente partant pour l'Italie, dans le second, en revanche, il y a eu un succès après quatre consultations le patient s'estimant moins tendu et finissant par épouser sa fiancée avec qui il était entré en conflit, cas qui, au demeurant n'est pas un cas typique de conflit conjugal.

En définitive, ce groupe se caractérise comme suit :

1. par l'incapacité d'utiliser la technique de prise en charge de couple, non pas faute d'expérience de la part du thérapeute, mais par suite de l'impossibilité de réunir ce couple.
2. d'où la brièveté des prises en charge et leur échec quasi constant.

Dans ce groupe, nous avons, en effet, en moyenne cinq consultations par cas et six traitements sur neuf se terminent par des abandons.

Les troubles sexuels représentent un autre type de consultations où, indépendamment de la structure de la personnalité du malade, une demande précise est formulée : Il s'agit d'un symptôme dont la réalité compromet son bonheur et qui doit être supprimé; il est implicite, au moins du côté du patient, que la disparition du symptôme doit amener tout naturellement à la fin du traitement. Nous avons cinq observations de ce genre, dans l'une d'elles (observation numéro 28) il est intéressant de noter que ce symptôme était déjà présent lors d'une première prise en charge, noyée toutefois dans un syndrome dépressif et qu'il est à nouveau évoqué deux ans et demi plus tard, motivant cette fois à lui seul la consultation (cas de frigidité transmis alors à un psychiatre en ville).

Ce qui caractérise cette catégorie de patients, à l'inverse de la précédente, c'est le remarquable succès qui couronne l'évolution de ces cas (quatre succès sur quatre cas entrepris) et ceci souvent de manière magique.

Nous avons ainsi trois guérisons qui surviennent déjà après la première consultation... avec cependant des possibilités de rechutes (observation numéro 75, qui a nécessité trois prises en charge successives pour une impuissance, remplacée d'une année à l'autre par le symptôme plus bénin d'éjaculation précoce). A vrai dire, dans tous ces cas, on n'a pas eu le temps d'élaborer une réponse, la réussite devançant même la proposition thérapeutique et une action de type cathartique, par déversement de la problématique, autorisée par la première consultation, en prenant la place.

Ce groupe de prises en charge se caractérise également par sa brièveté - vingt consultations pour quatre cas traités, l'un d'entre eux recourant d'ailleurs à trois tranches de traitements successives - avec en revanche des conclusions bien différentes de celui des conflits conjugaux.

"Les demandes de conseils" dont nous avons trois cas, concernent des problèmes précis (choix dans le travail, la vie sentimentale, le mode de vie) en définitive déjà résolus par les consultants, comme cela ressort des protocoles, mais pour lesquels ils éprouvent le besoin d'être appuyés, confirmés dans leur choix. Les divers thérapeutes ont en tout cas répondu dans ce sens en ayant surtout pour soucis de ne pas psychiatriser la situation, d'où des prises en charge brévissimes (six consultations pour trois cas) terminés d'un commun accord.

Parmi les demandes rares, on trouve : une observation qui pourrait se rapprocher du groupe des conflits conjugaux : il s'agit d'un fils venu se plaindre de l'attitude de sa mère, qui lui préfère son frère, l'empêche d'aller vivre chez un ami, la demande étant que l'on intervienne auprès de celle-ci !

Comme dans le cas des conflits conjugaux, c'est le patient lui-même qui décommande son troisième rendez-vous; une autre observation de somnambulisme, avec des manifestations de plus en plus fréquentes et pour laquelle on a tout d'abord demandé un EEG, la patiente abandonnant alors la consultation une fois l'examen fait, enfin une troisième observation d'une malade souhaitant arrêter de fumer et qui s'est terminée par un abandon après échec de la thérapeutique (désensibilisation avec prise de tranquillisants) après six consultations en trois mois.

Ce qui caractérise ces prises en charge exceptionnelles, c'est semble-t-il, l'embarras du médecin dont les patients paraissent très conscients, puisque nous avons trois abandons pour trois cas, avec neuf consultations en tout.

Il reste encore les observations de crises, crises d'angoisse dans un cas, crises névropathiques dans quatre autres, qui bien sûr surviennent sur des terrains névrotiques et pourraient ainsi ressortir de nos catégories III ou éventuellement IV, mais qui, au niveau de la demande, adoptent la formulation "débarassez-nous de cela et tout ira bien", l'accent étant toujours mis sur l'aspect paroxystique des crises et leur caractère étranger au patient. La réponse classique consiste dans tous ces cas ou presque en la prescription de tranquillisants (quatre cas sur cinq, ce dernier n'ayant d'ailleurs pas eu le temps d'être suivi). A une reprise une relaxation a été commencée puis interrompue à la suite d'une crise du patient pendant une séance.

Au bilan, nous avons trois traitements réellement entrepris - une patiente a en effet abandonné sa cure après deux consultations et une autre est partie en Algérie à l'issue de sa première consultation - qui se soldent par un succès et deux abandons après des améliorations transitoires. Dans ces cas, on constate des prises en charge d'assez longue durée (51 consultations pour trois cas suivis) et un taux de

succès modeste mais peu significatif.

Le problème du syndrome phobique nous a posé une difficulté : il s'agissait, en effet, dans ces cas, d'un symptôme présenté isolément, mais dont la qualité particulière devait presque fatalement conduire à une réponse sur le plan psychothérapique, aussi avons-nous classé ces observations dans notre catégorie III, à l'exception d'un cas de cancérophobie où il n'existait aucune demande autre que celle d'être rassuré et où on a adopté une attitude explicative et dépsychiatrisante.

Si nous établissons un bilan général de cette catégorie, nous avons :

1. Un total de 135 consultations pour 25 observations - nous n'avons pas tenu compte du cas d'une patiente qui a été aiguillée d'emblée chez un psychiatre en ville - soit 4 consultations par cas.
2. Ces observations se sont conclues par 11 arrêts de traitements d'un commun accord pour 10 abandons - 4 cas non classables : à savoir 2 départs, 1 patient qui se décommande vu l'amélioration et 1 demande à laquelle on ne donne pas de suite.
3. Elles se sont terminées par 9 succès, 2 améliorations partielles et 5 stationnaires, 9 résultats étant ininterprétables (abandons après 1 à 2 consultations) soit un taux de succès de 56 % et un taux d'échecs de 31 %.

En conclusion, nous avons là une catégorie de demandes particulièrement disparates, avec toutefois une cohérence des types de prises en charge et des succès de celles-ci, en fonction des symptômes apportés, quelles que soient les structures sous-jacentes. Dans l'ensemble, il ne semble pas que les thérapies soient rendues plus faciles par l'existence d'un symptôme déterminé. A noter enfin, la brèveté des traitements dans toutes les catégories de symptômes déterminés, sauf celle des états de crises.

Catégorie II

Dans cette catégorie, où la demande est présentée sous la forme d'un syndrome, nous en trouvons deux prévalents, souvent combinés; le syndrome dépressif et le syndrome anxieux. Nous avons distingué, comme nous l'avons déjà mentionné, les syndromes motivant la consultation chez des patients dont la personnalité de base ressort de notre catégorie IV, du reste de notre population. Nous appellerons ce premier groupe, catégorie II/IV et le deuxième II pure.

Parmi les 26 cas de syndromes "purs", on a utilisé à 21 reprises des traitements antidépresseurs associés dans plus de la moitié des cas à des tranquillisants; à quatre reprises on a fait usage que de tranquillisants et enfin on a l'observation d'une patiente qui a été hospitalisée dès la première consultation. Une relaxation a été entreprise, secondairement, six mois après le début d'une prise en charge (observation 199).

Dans la sous-catégorie II/IV sur 21 cas on a eu recours 14 fois à des antidépresseurs associés ou non à des tranquillisants - 9/13 - 5 fois à des tranquillisants seuls, 1 fois à un traitement psychothérapique complété par des tranquillisants et enfin on a eu également une hospitalisation immédiate en milieu psychiatrique.

En résumé, sur un total de 47 observations, on a entrepris 35 fois un traitement antidépresseur, combiné ou non avec la prescription d'anxiolytiques, 10 fois un traitement tranquillisant seul, alors que deux entrées volontaires à la clinique psychiatrique de Bel-Air ont été d'emblée recommandées.

A 3 reprises, on a entrepris au Centre Psycho-Social des traitements à visée psychothérapique - 1 cas particulier d'un patient déjà suivi par un psychologue-psychanalyste à l'extérieur qui ne vient consulter le Centre Psycho-Social que lorsque son état nécessite des prises de médicaments.

Au niveau de la réponse thérapeutique, on peut d'emblée faire une remarque : cette catégorie de patients apparaît beaucoup plus homogène que la précédente et on a là l'impression que le psychiatre se trouve sur un terrain solide. Ces syndromes - le syndrome dépressif surtout - amènent à un traitement spécifique, régulièrement prescrit quels que soient les différents thérapeutes. L'existence d'une structure sous-jacente devant laquelle le psychiatre se trouve plus désarmé n'influe guère sur la prescription lors des premières consultations. Reprenons ces observations au niveau du nombre des consultations, de l'évolution des cas et de la fin des prises en charge, tout d'abord par sous-catégories puis pour l'ensemble.

Pour la sous-catégorie II pure, si l'on déduit trois observations inutilisables (une entrée à la clinique psychiatrique de Bel-Air, sans suite de prise en charge, un cas confié après une consultation en urgence à son médecin habituel, une observation enfin où il n'y a pas d'indication du nombre de consultations) on obtient un total de 199 consultations pour 23 cas, soit une moyenne de 8,65 consultations par cas (une consultation en cours). Toutefois, si on ne tient pas compte de cette prise en charge encore en cours et qui a déjà bénéficié de 65 rendez-vous, on tomberait à une moyenne de consultations inférieure à 6. La durée des prises en charge est dans ces cas beaucoup plus courte en cas d'abandons - 4 consultations par cas.

A l'issue de ces traitements, on a obtenu douze succès, un cas de post-cure stabilisé pour une courte période, cinq améliorations partielles ou transitoires, trois évolutions stationnaires, deux aggravations (un abandon, une hospitalisation suivie d'une post-cure infructueuse). Trois observations n'ont pas été retenues car elles ne comportaient qu'une seule consultation ce qui représente un taux de succès - nombre de succès sur l'ensemble des cas traités - de 55 % et un taux d'échecs - nombre des cas stationnaires et aggravés sur le total des cas traités - de 22 %.

Tous les succès se sont terminés par un arrêt d'un commun accord presque toujours sur la suggestion du patient (une seule interruption de traitement à la demande du médecin); alors que les abandons - neuf cas - survenaient en cas d'échec ou du moins à deux reprises d'améliorations que très partielles. Notre population est complétée par un cas en cours (légèrement amélioré) alors que dans une dernière observation un patient a cessé de se rendre aux consultations mais continue de recevoir du Centre ses médicaments - décrit comme amélioré -. Ceci nous donne un taux d'abandons de 39 %.

Considérons maintenant notre deuxième sous-catégorie II/IV :

On s'attend à ce que la structure sous-jacente réputée peu favorable à l'approche thérapeutique vienne entraver le traitement surtout après quelques consultations et ainsi à obtenir une plus forte proportion d'échecs et d'abandons; toutefois, on peut penser que celle-ci devrait être moindre que celle de la catégorie IV où il n'existe pas d'éléments dépressifs ou anxieux permettant d'amorcer le dialogue.

En ce qui concerne le nombre des consultations par cas, nous en trouvons ici 265 pour 21 observations considérées, ce qui établit une moyenne de 12,6, c'est-à-dire une nette prolongation de la durée des prises en charge par rapport à la sous-catégorie II (8,6); il en va de même si on ne considère que la durée de prise en charge des patients ayant abandonnés la consultation 10,2 contre 4, ceci en grande partie du fait de prises en charge successives avec abandons multiples en renvois au psychiatre par diverses instances institutionnelles et sociales (observation 178 et 200 par exemple).

L'évaluation de ces cas a été la suivante :

4 succès sur un total de 17 observations (taux de succès 23,5%, II pure 55%)
4 améliorations partielles
8 cas stationnaires
1 aggravation, soit un taux d'échecs de 53 % (II pure 22 %)

Nous n'avons pas retenu quatre dossiers qui comportaient seulement de une à trois consultations et où les résultats du traitement n'étaient bien sûr pas mentionnés.

Enfin, venant corroborer notre impression, on recense dans cette sous-catégorie 10 abandons (46 % - II pur 39 % -), comprenant 6 cas stationnaires et 4 améliorations partielles, 6 arrêts d'un commun accord dont 3 succès, 4 cas en cours et 1 départ.

En résumé, le traitement de ces syndromes se caractérise globalement par des prises en charge plus longues, plus difficiles, et marquées par une proportion d'abandons plus importante lorsqu'il existe la structure de personnalité que nous avons mentionnée.

Considérons maintenant l'ensemble du bilan de cette catégorie :

- 1) nous avons 464 consultations pour 44 cas retenus, soit une moyenne de 10,5
- 2) 16 succès, 9 améliorations partielles, 11 cas stationnaires, 3 aggravations pour 39 cas retenus - taux de succès 41 %, taux d'échecs 36 % -
- 3) 19 arrêts d'un commun accord pour 19 abandons et 6 cas en cours.

Si nous comparons ces données avec celles fournies par les observations qui comportaient une demande symptomatique unique (catégorie I) on peut constater :

- 1) que les prises en charge sont nettement plus longues
- 2) que le taux de succès est à peu près superposable dans les deux catégories (mais avec un investissement plus important au point de vue du nombre des entretiens dans la catégorie II).
- 3) qu'il en va de même dans les constatations que l'on peut faire relatives aux manières de quitter la consultation.

Catégorie III

Il s'agit, rappelons-le, d'un ensemble de patients dont soit la demande, soit le profil de la personnalité, soit les deux à la fois, évoquent dans l'esprit du médecin l'éventualité d'une prise en charge

de type psychothérapique au sens large. Nous n'avons retenu que les observations où cette possibilité était envisagée d'emblée, tantôt pour l'exclure d'ailleurs presque aussitôt, tantôt pour l'entreprendre, tantôt pour la différer. Ainsi nous n'avons pas retenu dans cette catégorie certaines observations où au décours d'un traitement répondant à une demande symptomatique ou "syndromique" on a envisagé secondairement une prise en charge sur ce mode; ces observations étant alors classées dans les catégories précédentes.

Tout d'abord dans cet ensemble, nous pouvons distinguer deux types de demandes :

- 1) Ceux que nous grouperons sous l'appellation III "pur". Il s'agit de 9 observations où se dicerne une demande d'être modifié, souvent assortie d'ailleurs (7 cas) d'un désir formel, explicité d'entreprendre une psychothérapie.
- 2) Ceux où le moteur de la demande se trouve être un état psychopathologique (dépression, anxiété, phobie ou encore par exemple troubles fonctionnels) mais où la réponse est envisagée sur un plan psychothérapique. Dans ce groupe nous n'avons eu qu'un cas de demande secondaire explicitée d'une prise en charge psychothérapeutique, en l'occurrence d'une relaxation (26 cas).

Remarque :

Il est intéressant de noter le destin de ces demandes explicitées de psychothérapie :

Tout d'abord concernant leur provenance : elles ont été formulées par quatre étudiants, deux enseignants, une infirmière en psychiatrie et un comptable, soit quatre étudiants sur huit (notre échantillonnage global n'en compte que 7 %) et deux enseignants (échantillonnage 2 %). D'autre part, la réponse qu'il leur a été donnée : dans ce petit groupe, nous trouvons une moyenne de moins de quatre consultations par cas et aucune de ces observations n'a donné lieu à une prise en charge au Centre Psycho-Social. Dans une d'entre elles, toutefois, on a fait une proposition de psychanalyse, sous condition d'avoir préalablement réglé certains problèmes et dans une autre on a donné au consultant une liste

de psychanalystes installés en ville.

Sur les 35 observations de ce genre que nous avons retenues, un cas toutefois est un peu particulier :

Il s'agit d'un patient suivi régulièrement par un psychologue-analyste, et qui ne vient consulter au Centre Psycho-Social qu'en cas de décompensation (six appels de garde). Vu les difficultés de l'intégrer dans nos statistiques, en ce qui concerne le nombre de consultations, l'évolution, etc... nous en restons à 34 cas éventuels de psychothérapies - dans l'esprit du médecin, du patient ou des deux -.

Cette catégorie se caractérise tout d'abord au point de vue socio-professionnel :

1. par une moyenne d'âge très jeune : 26 ans, beaucoup plus basse que pour l'ensemble des observations (39 ans).
2. par une prédominance des étudiants : 10 cas sur 34 - ensemble de nos cas : 7 % - et en règle générale des enseignants, étudiants et professions paramédicales 15/34 - total de l'échantillonnage 14,5 % -, c'est-à-dire des professions qui touchent de près ou de loin à la psychologie.

Pour ce qui concerne les modalités de prise en charge, nous trouvons bien sûr une très grande disparité, souvent d'ailleurs difficile à apprécier du fait du caractère imprécis des dossiers à ce sujet. On obtient toutefois plus de 20 consultations par cas - environ 700 consultations pour 34 cas, soit le double de la catégorie II prise dans son ensemble -.

Dans 14 observations, on a entrepris des traitements de type psychothérapique (soutiens, psychothérapies analytiques, relaxations, hypnose (une fois). A 17 reprises, on a institué des traitements médicamenteux, soit isolément, soit combinés avec la prise en charge psychothérapique (dont 11 fois des antidépresseurs). Dans presque tous ces cas, les entretiens ont d'ailleurs revêtu une allure psychothérapique dans la forme (longue consultation, fréquence des rendez-vous) et dans le fond (recherche constante d'une prise de conscience par le malade de l'origine de ses troubles). Enfin, ce qui est exceptionnel dans nos observations, à 9 reprises on n'indique aucun traitement.

Au sujet de l'évolution, nous constatons un total de :

12 succès

9 améliorations partielles

5 cas stationnaires

1 aggravation

Il y a 6 cas non traités et dont l'évolution est inconnue, un dernier patient a été transmis à un médecin en ville.

D'où un taux de succès de 44 %

et un taux d'échecs de 22 %.

Taux à peu près comparable des catégories I et II et bien inférieurs à ceux de la sous-catégorie II pur.

Quant aux modalités de fin de traitement, nous avons :

13 arrêts d'un commun accord (soit sur l'initiative du patient, soit sans mention dans le dossier)

9 abandons

5 cas en cours

et 6 divers, soit deux demandes éludées, deux cas de patients qui ne reprennent pas contact bien qu'on les y ait plus ou moins invités, un départ du médecin, une cause inconnue.

Il faut remarquer que trois traitements se sont terminés à l'initiative exclusive du médecin - les deux demandes éludées et le départ - ce qui pourrait correspondre à un véritable abandon du traitement par le thérapeute, phénomène que nous n'avons pas rencontré dans nos deux premières catégories.

Ce qui semble caractériser la "réponse" dans ces observations, c'est en même temps un vif intérêt, sanctionné par des consultations souvent longues, rapprochées, le fait que d'emblée se pose le problème d'une prise en charge privilégiée et une certaine réserve particulièrement évidente lorsque la demande de psychothérapie est posée de manière explicite par le patient.

Modalités de prise en charge :

Au point de vue du nombre des consultations par cas, nous obtenons une moyenne de 7,8 - 336 consultations au total pour 43 observations considérées, deux prises en charge sont encore en cours - moyenne nettement inférieure à celle de la catégorie III (20 consultations par cas), inférieure encore mais moins clairement à celle de la catégorie II et légèrement supérieure à celle de la catégorie I.

Pour ce qui est de l'évolution, le bilan s'établit ainsi :

1. 8 succès
2. 10 améliorations partielles ou transitoires
3. 10 cas stationnaires
4. 4 aggravations
5. 11 observations qui n'ont pas donné lieu à une prise en charge

Soit un taux de succès de 25 %

Et un taux d'échecs de 44 %

Comparons ces données avec celles de nos autres catégories de demandes qui sont rappelons-le :

Taux de succès : I : 55 %, II : 41 % (II pur : 55 %, II/IV : 23,5 %),
III : 44 %.

Taux d'échecs : I : 33 %, II : 36 % (II pur : 22 %, II/IV : 53 %),
III : 22 %.

Nous ne sommes bien sûr pas du tout surpris de constater le succès relativement médiocre des prises en charge chez cette catégorie de patients qui ne correspondent pas à un modèle clairement établi pour le médecin. A noter toutefois qu'il n'y a pas aggravation, comme nous l'avions supposé par rapport à la sous-catégorie II/IV, ce qui signifie que l'existence ou non d'une symptomatologie dépressive ou anxieuse ne paraît pas modifier les résultats du traitement.

D'une manière générale, on a l'impression en comparant ces données, que plus le symptôme ou le syndrome est précis, plus les chances de succès sont importantes (convergence des catégories I et II pur). C'est

ainsi que même le taux de succès rencontré chez les patients de la catégorie III leur est inférieur. En revanche, au niveau des échecs, il y a convergence entre les catégories II pur et III, sans doute parce qu'un échec au niveau d'un symptôme précis est plus frappant que celui d'un remodelage d'une personnalité dans son ensemble, processus beaucoup plus complexe, et cela rend compte aussi du moindre succès que l'on observe dans la catégorie III. (Patients plus investis, mais plus exigeants quant à leur demande avec un traitement techniquement bien plus difficile).

A quoi faut-il attribuer ces difficultés dans la prise en charge des patients de la catégorie IV ?

Deux hypothèses paraissent entrer en ligne de compte :

D'une part, la difficulté du traitement due à l'absence d'un modèle de référence pour le médecin, mais aussi la tendance, de part et d'autre d'ailleurs, à interrompre la relation. Cela se traduit chez le malade par l'extrême fréquence des abandons, souvent d'ailleurs répétitifs et chez le thérapeute par une tendance à ne pas reconvoquer les patients ou à les adresser à d'autres médecins (généralistes par exemple). D'autre part, on est frappé par la fréquence des remarques évoquant une contre-attitude franchement négative dans les dossiers.

Sur le premier point, on constate en effet, que les traitements se sont terminés :

8 fois d'un commun accord

22 fois par des abandons

3 fois les patients n'ayant pas été reconvoqués au terme de leur dernière consultation, ce qui pourrait correspondre à un abandon du traitement par le médecin

4 fois des transferts à des généralistes (même remarque)

1 fois une hospitalisation en milieu psychiatrique dès la première consultation sans plus de nouvelles

1 cas est tout à fait particulier (la fin du traitement correspond à celle d'une prise en charge de deux ans imposée par l'autorité) et

2 cas sont en cours.

En résumé, nous n'avons que 8 traitements qui se sont terminés d'un commun accord en regard de 22 abandons. Si nous comparons ces données avec celles des autres catégories : Nous obtenons :

Catégorie I : 11 cas commun accord contre 10 abandons

Catégorie II : 19 cas commun accord contre 19 abandons

Catégorie III: 13 cas commun accord contre 19 abandons

Le second point, nous paraît mériter un plus ample développement : Il nous est, en effet apparu intéressant d'essayer de déterminer dans quelle mesure les remarques que les médecins formulaient en décrivant certains traits de la personnalité de leurs patients ainsi que les sentiments que ceux-ci suscitaient en eux, étaient plus ou moins favorables en fonction des différentes demandes et aussi quel était leur retentissement dans l'évolution ultérieure des cas considérés.

Examen des contre-attitudes

Nous avons réparti l'ensemble de nos observations de patients non-psychotiques en six groupes : depuis celles où la contre-relation était la plus chaleureuse (coté ++) jusqu'à celles où elle nous paraissait franchement négative (--) en passant par divers intermédiaires (+, neutre, inconnue et -).

Nous avons classé comme très positif (++) les dossiers où l'on trouvait des commentaires évoquant des sentiments affectueux ou admiratifs à l'égard du malade :

"sympathique, extraverti" (catégorie I)

"jeune fille sympathique, intelligente et évoluée, pas du tout infantile"
(catégorie I)

"patiente différenciée, bien soignée" (catégorie II)

"patiente sympathique, qui comprend la situation" (catégorie III)

"jeune fille sympathique, intelligente, recherche de contacts"
(catégorie III)

"plein de bonne volonté, s'exprime sur le mode opératoire, mais sans grande rigidité, intelligent, demande à être aidé" (catégorie IV)

Catégorie IV

On regroupe ici toute une population de malades, d'allure disparate, qui se caractérise par des structures de personnalité réputées peu perméables à une action psychothérapique, assorties d'une absence de demande ou d'une demande inadéquate. Il faut toutefois remarquer que cette seconde caractéristique est loin d'être constante dans cette catégorie. En effet, elle impliquerait que la plupart de ces cas ont été transmis au Centre Psycho-Social sous la pression de l'entourage ou d'une structure d'autorité. Certes, 29 fois sur un total de 43 cas, le premier rendez-vous a été pris sur l'initiative d'un tiers - médecin, parents, ou autre - mais des proportions presque identiques se retrouvent dans nos autres catégories.

I : 18/25

II : 34/48

III : 21/35 dont III pur 4/9

Cette catégorie ne se distingue pas beaucoup non plus par sa structure socio-professionnelle :

Certes, on ne découvre que deux exemples de professions touchant au "monde psychologique", une ancienne auxiliaire médicale et un mathématicien de surcroît fils d'un psychologue, et aucun étudiant, ce qui contraste avec les données de la catégorie III de manière frappante mais pas du tout avec celles des autres catégories :

I : 2 étudiants mais aucune profession par ailleurs touchant à la psychologie sur 25 cas.

II : 4 professions de ce type : 1 sage-femme, 1 élève-infirmière, 1 aide-dentiste et 1 aide-familiale des services sociaux mais aucun étudiant sur 48 cas.

En résumé, considéré sous cet angle, cette catégorie ne se distingue qu'avec la sous-catégorie III pur pour ce qui est des modalités d'entrée en contact avec le Centre et surtout avec la catégorie III prise dans son ensemble pour ce qui concerne sa composition socio-professionnelle. Il n'y a en revanche que peu de différences avec les catégories I et II.

Nous avons fait de même lorsque certains comportements du médecin démontraient un intérêt tout particulier à l'égard de son patient tel que garder au Centre Psycho-Social un malade qui devrait passer en gériatrie ou continuer la prise en charge après avoir quitté le Centre Psycho-Social.

Comme positif (+) des remarques exprimant déjà une certaine réserve :

- "personnalité assez nuancée avec niveau intellectuel satisfaisant mais aussi complètement dépassée par les événements" (catégorie II)
- "contacts agréables, mais ne doit pas être facilement influençable, femme énergique" (catégorie II)
- "fruste, peu scolarisé, sympathique" (catégorie IV).

Des notations moins significatives que celles du groupe précédent :
"bon insight"
ou encore des comportements d'intérêts sans autres (présentation au professeur, par exemple).

Comme neutre des descriptions simplement objectives :
"garçon immature, sans traits névrotiques ou psycho-pathologiques évidents (catégorie I).
"sthénique à l'extérieur, mais probablement très fragile" (catégorie II)
"ce cas paraît plutôt ressortir d'une association de parents d'élèves" (catégorie III)

Comme négatif (-) des commentaires montrant une certaine réserve à l'encontre du cas considéré, voir même des doutes quant à son issue :
"niveau qui ne permet pas une prise en charge autre que symptomatique" (catégorie I)
"part de comédie, légèrement hystérique et comédienne" (catégorie II).

Ou encore des réponses thérapeutiques montrant des dispositions prudentes :
"s'occuper des symptômes du patient avant de songer à une psychanalyse" (catégorie III).

Comme très négatif (--) enfin, les remarques qui évoquent de l'agacement ou du découragement chez le thérapeute :

"ambition démesurée, avide, ambivalent, refuse strictement de parler de ses problèmes privés" (catégorie I)

"très résistante au traitement, gênée, passive comme dans toutes ses relations" (catégorie I)

"théâtrale, larmoyante, pleurnichante, manipulatrice, caractérielle, n'écoute aucun conseil" (catégorie II)

"psychasthénique à souhait, semble se complaire dans son état de travailler à 50 %, peu motivé pour le travail, n'accepte aucune critique, aucune directive" (catégorie II)

"personnalité infantile avec pensée concrète cherche à attirer l'attention de sa femme par ses troubles somatiques, trouve toujours des symptômes bizarres et pittoresques... réticent sur les problèmes purement psychologiques" (catégorie IV).

Et les considérations se plaignant de l'impossibilité d'une prise en charge :

"attitude infantile, débile, aucune élaboration possible" (catégorie IV)
"complètement anosognosique" (plusieurs dossiers).

Les observations des patients de la catégorie IV se ventilent ainsi :

sur 43 cas, nous rencontrons : 11 jugements très négatifs et 7 négatifs
contre 3 très positifs et 8 positifs
soit 42 % de contre-attitudes négatives pour 26 % de contre-attitude positives (3 neutres, 14 inconnues).

Comparons ces données avec celles des autres catégories :

	++	+	neutre	?	-	--	Total
I	4	1	4	6	4	7	26
	5	(19 %)			11	(43 %)	
II	2	3	9	16	9	8	47
	5	(11 %)			17	(37 %)	
II pur	2	2	5	11	5	1	26
					6	(23 %)	
II/IV	-	1	4	5	4	7	21
					11	(52 %)	
III	12	8	4	4	4	3	35
	20	(57 %)			7	(20 %)	
III pur	2	3	3	1	-	-	9
II/III	10	5	1	3	4	3	23
IV	3	8	3	14	7	11	43
	11	(26 %)			18	(42 %)	

Nous avons émis l'hypothèse que nous trouverions dans ce groupe un maximum de contre-attitudes négatives et un minimum de positives. De fait, cela ne se vérifie que partiellement : c'est ainsi que nous trouvons autant de réactions négatives et très négatives dans le groupe I que dans le groupe IV. Ces deux groupes devancent de peu le groupe II et restent même très en-deçà du sous-groupe II/IV qui dans nos statistiques se comporte presque toujours comme le groupe IV. En revanche, les contre-attitudes négatives sont deux fois moins fréquentes dans le groupe III et dans le sous-groupe II pur.

Pour ce qui concerne les contre-attitudes positives, nous en rencontrons plus dans le groupe IV que dans les groupes I et II. On pourrait expliquer ce paradoxe par le fait qu'il s'agit là avant tout d'une population d'anxieux et de dépressifs (groupe II) qui éveille ou un certain agacement ou le plus souvent une absence de réactions notables

dans les observations où elle est décrite comme neutre ou inconnue, l'influence négative de la contre-relation paraît nette - 2 succès pour 7 abandons et dans le groupe où elle est décrite comme très négative aucun succès contre 6 abandons.

2. Il apparaît des différences particulièrement frappantes selon les diagnostics : c'est ainsi que sur 9 observations de conflits conjugaux, nous rencontrons 7 contre-attitudes négatives, et le plus souvent très négatives et 2 inconnues... alors que sur les 5 observations de troubles sexuels nous avons 2 contre-attitudes favorables, 1 neutre et 2 inconnues.
3. Quelles sont les divergences à notre règle de la concordance entre la contre-attitude et le résultat du traitement ?

Un contre-transfert très positif, soldé par un échec se rencontre dans un cas très mineur (tabagisme) et résolument infra-psychiatrique (observation 122). En revanche, nous trouvons deux observations de succès paradoxaux des contre-attitudes négatives (-) : 1 cas taxé de niveau limite, l'autre de fruste et passif. Il s'est agi une fois de crises d'excitation calmées par des tranquillisants (6 consultations) et l'autre fois d'un conflit conjugal ou plutôt pré-conjugal qui s'est terminé après 3 consultations, la prescription d'un tranquillisant et un arrêt de travail, par le mariage du patient, seul dans ce cas, à être traité.

Catégorie II (II pur, II/IV confondus) :

Contre-attitude ++ : 2 succès

Contre-attitude + : 1 amélioration partielle en cours, 2 abandons après amélioration partielle

Neutre : 3 succès, 4 abandons dont 2 après amélioration partielle, 2 patients qui ne recontactent pas

Inconnue : 7 succès, 2 améliorations transitoires, 1 cas stationnaire, 4 abandons, dont 1 après amélioration partielle, 1 départ et 1 hospitalisation.

Contre-attitude - : 2 succès, 2 cas en cours dont 1 légèrement amélioré, 4 abandons dont 3 après amélioration partielle et 1 transfert chez

et pour qui la réponse, toujours médicamenteuse, offre peu de possibilités d'investissement (taux record de contre-attitudes neutres ou inconnues).

C'est naturellement dans le groupe III que l'on trouve le plus de contre-attitudes positives avec parallèlement un minimum de contre-attitudes neutres ou inconnues.

En quoi ces dispositions des thérapeutes, telles qu'elles transparaissent à la lecture des dossiers, influencent-elles maintenant les résultats des prises en charge ?

Pour répondre à cette question, nous avons groupé les observations de nos diverses catégories (I, II, III et IV) selon les contre-attitudes induites chez les médecins et comparé les résultats des différentes prises en charge à la lumière de ces diverses contre-attitudes, l'hypothèse étant naturellement que ces résultats sont proportionnels à l'intensité de la contre-relation positive et inversement proportionnels à la négative.

Dans le groupe I, nous obtenons :

Contre-attitude ++ :

2 succès, 1 départ et 1 abandon.

Contre-attitude + :

1 succès

Neutre : 3 succès et 1 absence de prise en charge

Inconnue : 2 succès, 1 absence de prise en charge et 3 abandons

Contre-attitude - : 2 succès, 1 cas stationnaire transféré à un interniste et 1 abandon

Contre-attitude -- : 1 patient qui se décommande, 5 abandons et 1 départ

En tout 26 observations.

Remarques :

1. Notre hypothèse de départ est partiellement corroborée dans cette catégorie : si l'influence favorable des contre-attitudes (++ et +) paraît minime : 3 succès pour 1 abandon contre 5 succès pour 3 aban-

un interniste

Contre-attitude -- : 1 succès, 2 cas en cours pour l'instant stationnaires et 5 abandons

Total : 47 observations.

Remarques :

1. La faible fréquence des contre-attitudes positives rend nos comparaisons un peu discutables. Néanmoins, les deux seules observations cotées comme très positives se sont soldées par un succès. Celles mentionnées comme simplement positives "personnalité assez nuancée, avec niveau intellectuel satisfaisant", "contacts agréables", "patient de bonne volonté, nosognosique" n'en ont en revanche peu rencontré (1 cas en cours et 2 abandons en fait).

Pour l'ensemble des dossiers à commentaires positifs, nous avons donc 2 succès pour 2 abandons alors que pour celui des observations à commentaires neutres ou inconnus, on rencontre 10 succès et 2 améliorations transitoires en cours pour 8 abandons et que le groupe des patients que nous avons cotés comme ayant éveillé chez leur médecin une contre-relation négative ou très négative comprend trois succès pour 9 abandons.

Examinons de plus près ces 3 succès paradoxaux : A 2 reprises, il s'est agi de cas à contre-attitude seulement négative : "peu d'insight, peu mûre" ou "grosses difficultés linguistiques qui rendent difficile le contact". Le troisième cas avait certes entraîné chez son thérapeute une contre-attitude vigoureusement négative : "psychasthénique à souhait, semble se complaire dans son état de travail à 50 %, peu motivé par le travail, fait son médecin lui-même, n'admet aucune critique, aucune direction" (déjà cité), mais la première prise en charge s'était soldée par un transfert à la clinique de Bel-Air et c'est un autre médecin que celui qui a écrit le commentaire précité qui a achevé le traitement avec succès. Certes ce fait est anecdotique mais il prend toute sa valeur lorsqu'on constate que c'est, dans notre collection le seul exemple de succès chez un patient classé dans le groupe --.

2. Comme pour le groupe I, ce sont en fait les comparaisons des contre-attitudes extrêmes qui sont le plus significatives : 2 succès pour 2 cas contre 1 succès (celui de l'observation 55 déjà citée), 2 cas en cours pour l'instant stationnaires et 5 abandons.
3. A relever les taux importants de succès dans des observations où on n'a pas pu déterminer le contre-transfert, ce phénomène étant vraisemblablement la conséquence de l'aspect souvent technique du traitement dans cette catégorie de patients.

Catégorie III

Contre-attitude ++ : 7 succès, 1 amélioration partielle suivie d'un départ, 1 cas en cours déjà amélioré, 1 départ du médecin, 2 abandons dont 1 après amélioration

Contre-attitude + : 1 succès, 1 amélioration partielle, 3 cas en cours dont 2 partiellement améliorés, 1 autre lui aussi amélioré qui ne reprend plus contact, 1 patient adressé à un psychiatre en ville, 1 autre enfin pour lequel nous n'avons pas de renseignements quant à l'évolution de sa maladie.

Neutre : 1 succès, 1 amélioration partielle, 2 abandons dont 1 après amélioration partielle.

Inconnue : 1 patient ne reprend pas contact, 3 abandons dont 2 après amélioration partielle

Contre-attitude - : 3 demandes éludées et 1 abandon

Contre-attitude -- : 3 abandons, 1 après amélioration partielle

Total : 35 cas.

Remarques :

1. Nous avons déjà vu que cette catégorie tranche nettement sur les autres par la grande majorité de contre-attitudes positives ce qui n'a rien d'étonnant puisque l'idée de traitement psychothérapique est à peine concevable si le patient paraît inintéressant ou antipathique.

Dans deux de nos trois exceptions (--), on a d'ailleurs eu recours à des traitements médicamenteux (antidépresseurs et tranquillisants) sans amorcer une relation psychothérapique malgré la symptomatologie névrotique (phobique dans un cas, hystérique dans l'autre).

2. Le groupe des contre-attitudes très positives est marqué par un taux de succès remarquable : 7 pour 2 abandons, alors que le groupe des contre-attitudes négatives et très négatives qui représente 7 observations ne comprend aucun succès (3 demandes éludées, 4 abandons); quant aux groupes des patients qui n'ont pas éveillé une contre-attitude décelable dans les dossiers, ils sont particulièrement intéressants à observer : alors qu'on avait vu dans les catégories I et II que l'absence d'une contre-attitude n'était pas un handicap quant au succès de la thérapie (résultats voisins de ceux des contre-attitudes positives) ici le bilan se rapproche de celui des négatives - 1 succès, 1 amélioration partielle et 5 abandons. En somme, tout se passe comme si ce type de prise en charge n'était possible que dans une atmosphère empathique.

Catégorie IV

Contre-attitude ++ : 2 succès et 1 amélioration partielle

Contre-attitude + : 1 cas en cours (stationnaire), 1 autre partiellement amélioré qui ne reprend plus contact, 1 cas sans prise en charge, 1 cas partiellement amélioré transmis à un interniste et 1 abandon.

Neutre : 1 succès, 1 patient pas pris en charge, et 1 abandon après amélioration partielle.

Inconnue : 1 succès, 2 transferts à l'interniste, 2 départs et 9 abandons dont 2 après amélioration partielle et 2 après aggravation.

Contre-attitude - : 2 succès et 5 abandons dont 2 après amélioration partielle

Contre-attitude -- : 4 patients non reconvoqués - 1 après amélioration légère - 1 transfert à l'interniste, 6 abandons dont 2 après aggravation.

Total : 43 cas.

Remarques :

Comme nous l'avons déjà constaté, les différences d'évolution se marquent surtout lorsque nous considérons les groupes cotés ++ (ici 2 succès, 1 amélioration partielle) et -- (aucun succès, 6 abandons). Les cas dont la contre-attitude a été considérée comme neutre ou inconnue ont des résultats encore plus mauvais (2 succès, 10 abandons) que ceux où elle a été mentionnée comme négative (2 succès - observation 38 : "toujours en conflit avec quelqu'un, ne supporte pas qu'on lui dise qu'elle n'est pas malade, demande beaucoup de conseils, dit qu'elle ne sait pas que faire" et observation 59 : "structure pré-psychotique de la névrose phobico-obsessionnelle, se défend mal contre la psychose par des symptômes névrotiques, évolution possible vers la paranoïa sensitive". Dans ce dernier cas, la contre-attitude est plutôt inquiète, fait part du sérieux du cas et non pas agacée - pour 5 abandons).

Le groupe + n'est pas très significatif (aucun succès, 1 abandon).

Si nous faisons maintenant un bilan général de tous nos cas groupés selon ces critères de contre-attitudes, nous obtenons :

Contre-attitude ++ : 13 succès, 1 amélioration partielle, 1 cas en cours, 1 départ du médecin, 2 départs du malade dont l'un après amélioration partielle et 3 abandons, 1 après amélioration.

Total 21 cas.

Contre-attitude + : 2 succès, 1 amélioration partielle, 5 cas en cours dont 3 partiellement améliorés, 2 patients qui ne recontactent pas, dont l'un après amélioration partielle, 2 transferts à d'autres médecins que ceux du Centre Psycho-Social (1 psychiatre et 1 interniste), 1 cas de patient non pris en charge, 3 abandons dont 2 après amélioration partielle et enfin 1 évolution inconnue.

Total : 17 cas.

Neutre : 8 succès, 1 amélioration partielle, 2 cas en cours, 2 patients qui n'ont pas été pris en charge et 7 abandons dont 4 après amélioration partielle.

Total : 20 cas.

Inconnue : 10 succès, 2 améliorations partielles, 1 cas en cours, 1 patient qui ne recontacte pas, 1 autre non pris en charge, 3 départs, 1 hospitalisation à la clinique psychiatrique de Bel-Air sans plus de nouvelles, 2 transferts à des internistes et 19 abandons - 4 après amélioration partielle, 2 après aggravation -.

Total : 40 cas.

Contre-attitude - : 6 succès, 2 cas en cours, 3 arrêts du traitement sur l'initiative du thérapeute, 2 transferts à un interniste et 11 abandons dont 5 après amélioration partielle.

Total : 24 cas.

Contre-attitude -- : 1 succès, 2 cas en cours, 4 cas de patients non convoqués, 1 transfert à un interniste, 1 patient se décommande et 19 abandons - 1 après amélioration partielle, 2 après aggravation -.

Total : 28 cas.

Ensemble des cas considérés : 150.

On peut déjà maintenant remarquer que la concordance entre contre-attitudes très positives et succès du traitement d'une part, et contre-attitudes très négatives et échec de celui-ci d'autre part, est particulièrement évidente. Elle est ainsi beaucoup plus grande que la concordance que l'on a pu observer entre la reconnaissance d'un cas type pour une prise en charge psychothérapique et l'éventuel succès du traitement ultérieur, ou entre l'existence d'un diagnostic devant lequel le médecin est plutôt désarmé et l'échec. Il en va de même si nous la comparons avec la concordance que nous pouvons observer entre le traitement institué et l'évolution du cas :

Nous avons considéré trois groupes de patients :

1. Ceux parmi notre population qui avaient bénéficié d'un traitement psychothérapique de manière exclusive - 14 cas -
2. Ceux qui outre le traitement psychothérapique ont également reçu des antidépresseurs - 10 cas -.

3. Ceux n'ayant été traités que par des antidépresseurs - 49 cas -. Nous n'avons pas pris en considération les cas de patients au bénéfice d'un autre traitement médicamenteux.

Le bilan des patients du premier groupe s'établit ainsi :

7 succès, 3 améliorations partielles (avec un abandon), 4 cas stationnaires (3 abandons).

Celui du deuxième groupe est de :

5 succès, 2 améliorations partielles, 2 évolutions stationnaires (1 abandon), 1 aggravation.

Celui du troisième groupe (antidépresseurs seuls) :

12 succès, 18 améliorations partielles (10 abandons), 17 cas stationnaires (8 abandons) et 2 aggravations.

N.B. : Il s'agit là d'une sélection de patients ayant été suivis au moins lors de quatre consultations.

Si l'évolution de ces cas est plus favorable chez ceux qui ont eu un traitement psychothérapique, nous ne retrouvons pas les taux de concordance obtenus en comparant les contre-attitudes.

Appendice

Nous pourrions encore, pour mieux éclairer ce problème, étudier la concordance éventuelle entre un symptôme donné et l'évolution du cas, quel que soit le type de demande formulée et quel que soit la structure du patient. Nous l'avons fait pour deux symptômes particulièrement représentatifs de la catégorie IV et qui se retrouvent aussi dans les autres, c'est-à-dire l'alcoolisme et les troubles fonctionnels.

Alcoolisme :

Dans notre échantillonnage, nous avons recensé 16 observations qui faisaient état de ce symptôme. Parmi celles-ci, 10 cas appartiennent à la catégorie IV, 5 à la catégorie II/IV (co-existence d'un syndrome dépressif motivant la demande) et 1 cas au groupe des psychoses.

Quel en a été le destin ?

Tout d'abord, il faut relever une moyenne d'âge assez élevée (45 ans) par rapport à notre population globale.

L'évolution des 13 cas effectivement pris en charge - 3 traitements ont en effet été interrompus presque aussitôt à la suite d'abandons (2) et de départ - est la suivante :

2 succès, d'ailleurs douteux, dans un cas il s'agit d'une abstinence d'alcool pendant 6 mois suivi d'un abandon de traitement (départ ? Il s'agit d'un jeune espagnol), dans l'autre, du cas d'un employé de banque condamné à être sous contrôle psychiatrique pendant deux ans à la suite d'ivresse au volant avec accident mortel et qui n'a pas repris ses habitudes éthyliques pendant cette période.

6 améliorations partielles, toutes suivies par des abandons de traitement.

2 cas stationnaires.

2 aggravations.

1 évolution inconnue.

Les prises en charge se sont terminées de la manière suivante : 11 fois par des abandons, 2 fois par des départs, alors qu'il y avait encore 2 patients en cours de traitement 5 ans après le début de celui-ci; l'un d'entre eux s'était aggravé, alors que l'autre s'était amélioré à tous points de vue sauf celui de son alcoolisme. Ces deux patients ont d'ailleurs déjà abandonné des traitements antérieurs. Enfin, nous avons le cas déjà cité de ce patient dont la prise en charge a cessé à expiration de sa peine. En conclusion, on peut admettre que le traitement de l'alcoolisme au Centre Psycho-Social, débouche à plus ou moins long terme sur des abandons après un laps de temps variable - en moyenne, 10 consultations par cas-.

En ce qui concerne les contre-attitudes, nous en trouvons deux légèrement favorables (+), par exemple : "Patiente pleine de bonne volonté, nosognosique, d'accord avec l'Antabus"; trois neutres et six inconnues, deux négatives et trois très négatives.

Troubles fonctionnels :

Ce groupe comprend 25 observations qui se répartissent en 12 cas ressortissant de la catégorie IV, 6 de la sous-catégorie II/IV, 2 de la sous-catégorie II pur, 1 de la catégorie I, 2 de la catégorie III et 2 psychotiques.

Evolution :

On compte 4 succès, 9 améliorations partielles, 8 cas stationnaires, 3 qui n'ont pas été traités et 1 dont l'issue de la prise en charge n'est pas connue.

Si nous examinons de plus près ce matériel, nous remarquons toutefois que sur les 4 succès, 2 ont été assortis d'une exemption de service militaire qui n'ont pas peu contribué à les assurer. En outre, lorsqu'on considère le cas des améliorations partielles, on constate des succès sur tous les plans - dépressions, anxiété - à la seule exception précisément de ces troubles fonctionnels (observation 24, 48, 55, 110, 144).

On ne peut donc que constater l'exceptionnelle résistance au traitement de cette symptomatologie somatisée par rapport à une symptomatologie purement mentale.

Ces prises en charge sont en règle générale, relativement de longue durée (environ 20 consultations par cas) et se sont terminées : 9 fois d'un commun accord, 3 fois par une non-reconvocation du patient, le thérapeute restant à disposition et 6 fois par des abandons. On compte un départ et 4 transferts chez l'interniste. Enfin, 2 traitements sont encore en cours.

En résumé, on peut dire que le nombre des terminaisons d'un commun accord et celui des abandons se situent dans la norme, alors qu'on compte passablement de traitements terminés à l'initiative du médecin.

Il existe 4 observations avec des contre-attitudes très positives, 4 modérément positives, 1 neutre, 4 inconnues, 3 négatives et 9 très négatives; soit 13 contre-attitudes très marquées dans un sens ou dans l'autre sur 25; proportion particulièrement forte qui montre que ces patients ne laissent pas indifférent.

Ce que nous pouvons retenir de ces deux études, c'est que le type de diagnostic posé et surtout l'existence d'un symptôme déterminé influencent de manière nette le genre de contre-attitude induite. Nous trouvons ainsi chez cette population de patients présentant des symptômes d'alcoolisme et de troubles fonctionnels une proportion plus grande de contre-attitudes négatives que dans le reste de notre échantillonnage.

Ce qui est peut-être intéressant, c'est, dans le groupe des troubles fonctionnels, la remarquable concordance entre les cas de succès et les contre-attitudes très positives : sur les 4 succès, 3 ont bénéficié d'une contre-attitude très positive - dans le quatrième, on ne la connaît pas - alors que réciproquement les 4 dossiers à contre-attitudes très positives ont eu pour évolution trois succès et une amélioration partielle.

Conclusions

Nous avons divisé les 150 patients que nous avons retenus en quatre catégories selon le type de demande manifestée lors de la première consultation, afin d'examiner l'influence de ce mode de présentation sur le destin du traitement. Rapidement nous avons été amené à considérer l'importance décisive de l'image du malade éveillée dans l'esprit du médecin.

Nous verrons dans le dernier chapitre les conséquences des avatars du traitement ambulatoire que nous pouvons en tirer.

IV. DISCUSSION DU MATERIEL ET CONCLUSIONS

Rappelons tout d'abord notre démarche : nous avons choisi au hasard parmi la population du Centre Psycho-Social Universitaire 200 observations de patients ayant consulté pour la première fois en 1970. Afin d'éviter de ne sélectionner que des malades qui avaient terminé leur traitement nous nous sommes imposés d'utiliser outre 140 dossiers tirés des archives, 60 cas encore en cours - pour des raisons pratiques ils ont été pris dans la population du secteur de la Jonction - ce qui représente la proportion des cas encore en cours au Centre Psycho-Social après 5 ans de prise en charge.

Nous avons alors comparé cet échantillonnage ainsi constitué avec l'ensemble de la clientèle du Centre Psycho-Social Universitaire de l'année 67 - seule année dont nous possédons des statistiques complètes sous les angles de l'âge, du sexe, de l'état civil, de l'origine, de la situation professionnelle, du diagnostic et du traitement; afin d'en dégager la représentativité et, partant de voir dans quelle mesure les conclusions obtenues pourraient être valablement généralisées.

Nous avons constaté certaines divergences, et nous nous sommes efforcés d'en rendre compte en nous appuyant sur ce que nous savions de l'évolution de cette clientèle au cours des années.

Enfin, nous avons étudié brièvement, de manière statistique le double aspect de la durée du traitement (essentiellement sous l'angle du nombre des consultations) et de la modalité de fin du traitement.

Dans un second temps nous avons abordé le problème de la demande, tel qu'il apparaît dans la prise en charge du patient psychotique, nous avons essayé de dégager pour chaque cas, le faisceau des démarches émanant des diverses parties prenantes (médecin, malade, entourage au sens large) et nous avons essayé de voir dans quelle mesure l'existence de contradictions entre ces demandes pouvaient retentir sur la modalité de prise en charge et l'issue du traitement. Cette analyse de la demande est plus facile lorsqu'on étudie des dossiers de patients psychotiques :

les contradictions entre les diverses demandes apparaissent ici de manière évidente; alors qu'il n'en va pas de même chez la plupart des autres patients, ces contradictions ne passent que rarement la barrière de l'expression écrite.

Nous avons ainsi pu constater qu'il semble bien que l'absence de motivation de la part du malade avait une influence négative sur les résultats obtenus alors même que la prise en charge en tant que telle ne se trouvait pas affectée (très peu d'abandons en cours de route) et nous avons montré que l'existence d'emblée, ou le surgissement sous l'action thérapeutique d'une conscience morbide, si elle n'assurait pas la guérison du malade psychotique, favorisait du moins de manière nette le maintien en dehors de l'hôpital psychiatrique.

Enfin, nous avons tenté d'examiner l'expression même de cette demande, symptomatique, syndromique, manifestation d'un conflit intrapsychique ou interpersonnel, son influence sur l'évolution du traitement et sur la contre-attitude éveillée chez le thérapeute.

Nous nous sommes servis pour cela de l'ensemble de nos autres dossiers, excluant donc les observations de psychotiques, où l'on ne rencontre d'ailleurs que rarement des remarques faisant allusion à la contre-relation médecin-malade.

Il nous est apparu que les patients venus à la consultation avec des demandes précises telles que traiter une atteinte de la fonction sexuelle ou juguler un syndrome dépressif, étaient soignés avec le maximum de succès, alors qu'on en obtenait le moins chez ceux pour lesquels il n'existait pas de modèle de référence thérapeutique ou dont la structure de la personnalité passait pour peu accessible au traitement psychiatrique.

Quant aux malades susceptibles de bénéficier d'une prise en charge de type psychothérapique ils occupent une position intermédiaire entre ces deux groupes, mais en revanche ils comptent parmi ceux dont la prise en charge se termine le moins souvent par des échecs évidents.

Nous nous sommes alors demandés si ces différences de réussite ne tenaient qu'à la difficulté plus ou moins grande des cas considérés ou si d'autres facteurs entraient en considération. Ceci nous a amenés à nous pencher sur le problème des contre-attitudes. Nous avons donc essayé de déterminer quelles étaient les réactions du thérapeute en face de tel ou tel patient et dans quelle mesure ces réactions étaient influencées par le type de demande. Dans cet ordre d'idées nous nous sommes servis de ce qui nous paraissait significatif dans les dossiers, méthode dont nous discuterons plus loin le bien fondé.

Nous n'avons pas relevé un parallélisme absolu entre le type de la demande, l'issue du traitement et la contre-attitude du médecin (voir tableau page 57) tout au plus peut-on constater que le patient éveillant la possibilité d'un traitement psychothérapique (catégorie III) induisait très souvent des contre-attitudes positives et avait obtenu des succès thérapeutiques relativement bons. En revanche nous avons rencontré parmi les malades présentant une demande symptomatique précise (catégorie I) un taux de succès encore plus frappant, (voir page 51) alors que les contre-attitudes qu'ils provoquaient sont en moyenne parmi les moins favorables.

Si nous entrons cependant dans l'examen de ces contre-attitudes, catégorie par catégorie, nous pouvons constater l'existence d'une correspondance remarquable entre l'existence d'une contre-attitude positive et le succès de la prise en charge d'une part, son absence et l'échec du traitement d'autre part.

Ces phénomènes sont d'ailleurs plus frappants encore lorsque l'on envisage des symptômes qui suscitent généralement une certaine réticence parmi les thérapeutes, troubles fonctionnels par exemple, où les rares cas de succès thérapeutiques se distinguent par une contre-attitude exceptionnellement favorable.

Avant d'essayer de voir quelles conclusions on peut tirer de ce matériel, on peut toutefois s'interroger sur le bien fondé de nos critères de classement.

On peut nous reprocher d'avoir extrapolé à partir de quelques remarques éparses dans le dossier de l'attitude du thérapeute, alors qu'il aurait été plus rigoureux de se renseigner tout d'abord auprès d'eux.

Il faut tout d'abord observer qu'une pareille enquête n'était guère possible du point de vue pratique; la plupart des médecins concernés ont maintenant quitté le Centre Psycho-Social et les autres médecins n'auraient plus guère de souvenirs précis concernant des sentiments éprouvés parfois cinq ans auparavant.

Si pour tourner cette difficulté nous avons mené notre enquête sur la Clientèle du Centre Psycho-Social ayant consulté par exemple l'année précédente, il nous aurait été beaucoup plus difficile d'en évaluer valablement l'évolution.

Même si une telle recherche avait été possible, on aurait pu craindre que les renseignements obtenus du médecin ne soient déjà le produit d'une évaluation secondaire du cas, inévitable, quelle que soit la volonté de sincérité de l'interrogé.

En revanche, les commentaires découverts au hasard du dossier ont été écrits ou dictés souvent quelques instants après la consultation ou au plus tard le lendemain matin alors que le médecin était encore sous l'emprise des sentiments éprouvés à l'égard de son malade. On a d'ailleurs souvent l'impression que ces notes contrairement au reste du dossier, ne sont pas là pour transmettre un renseignement au lecteur mais plutôt l'expression du discours que le thérapeute se fait à lui-même.

Elles jouent ainsi une fonction cathartique par laquelle le médecin peut se décharger des sentiments qu'il ne lui était pas possible d'exprimer en présence du malade. De ce fait, ces remarques révèlent un caractère d'authenticité frappant même lorsqu'elles sont très succinctes.

L'évaluation des résultats des traitements appliqués nous a également posé des problèmes délicats. Nous avons considéré comme des succès les observations qui se terminent d'un commun accord et après que la demande du

malade ait été satisfaite. Parfois toutefois un patient dont la prise en charge s'était terminée ainsi en apparence à la satisfaction générale, revenait quelque temps plus tard avec souvent la même symptomatologie que celle pour laquelle il était venu consulter la première fois. Dans un tel cas nous avons bien sûr considéré l'évolution comme stationnaire ou améliorée de façon transitoire, alors que si le même patient, ayant perdu confiance dans le Centre Psycho-Social, s'était rendu chez un médecin installé ou un guérisseur, nous serions restés sur notre impression fallacieuse de succès.

Inversément, nous avons considéré les abandons des consultations comme des échecs sans que nous puissions naturellement appréhender les raisons de ce comportement; la situation est en effet radicalement différente si le patient ne s'est plus rendu chez le médecin parce qu'il avait l'impression qu'il ne lui était d'aucun réconfort ou si au contraire, comme nous le découvrons parfois rétrospectivement, il s'estimait guéri, trouvant ainsi inutile d'y retourner, tout en négligeant de décommander son rendez-vous; la seule étude du dossier ne peut pas faire la discrimination entre ces deux éventualités; seule une enquête auprès des anciens malades pourrait là nous éclairer.

La méthode statistique que nous avons adoptée n'est donc pas exempte d'imprécisions ou d'erreurs d'interprétation, liées au matériel utilisé; les dossiers. Elle semble cependant confirmer ce que chaque médecin pressent, c'est-à-dire l'importance vraiment décisive d'une relation de sympathie entre lui et son malade. Or nous avons là un facteur dont le médecin est le plus souvent conscient mais dont il ne tient somme toute aucun compte dans la pratique. Même au Centre Psycho-Social, où il existe une équipe nombreuse avec des membres quasi interchangeables, on ne voit jamais un patient transféré à son collègue parce qu'il n'est pas sympathique au thérapeute. Ce n'est pas qu'il n'arrive jamais à un patient de passer d'un soignant à un autre, à l'intérieur du Centre Psycho-Social, bien au contraire ! Chaque année les secteurs sont pris en charge par un nouveau médecin ce qui implique pour presque tous les patients un changement de

thérapeute (en principe à l'automne). Il y a aussi les médecins de garde qui très souvent assument le premier contact avant de passer le cas à un collègue, les déménagements des patients, les multiples périodes intermédiaires (vacances). Plus rarement le transfert obéit à des raisons techniques, de prise en charge, mieux connues par un membre du Centre Psycho-Social que par un autre (psychanalyse par exemple).

Le fait de ressentir un malade comme antipathique est perçu en dépit des mécanismes projectifs mis en place, comme tellement culpabilisant pour le thérapeute qu'il en devient inavouable. C'est à peine si la contre-attitude peut s'exprimer par quelques impressions dans le dossier, et elle ne peut être ressentie comme suffisamment importante pour entraîner une décision aussi concrète que se séparer du malade, car se serait lui reconnaître un poids, une signification objective insupportables. En somme, on laisse le malade prendre l'initiative de la rupture, c'est-à-dire se débrouiller avec sa propre culpabilité sans d'ailleurs lui faciliter la tâche, tout au contraire; il est pratiquement impossible à un patient de charger de médecin à l'intérieur du Centre Psycho-Social sur son initiative et même en ville, le malade qui va de psychiatre en psychiatre suscite souvent une certaine réserve; en temps de pénurie de thérapeutes tout au moins !

Il en va d'ailleurs de même dans le secteur hospitalier avec le facteur supplémentaire de l'énorme relation de dépendance qui existe entre les deux partenaires de la relation sans qu'aucune possibilité de choix ne leur ait été laissée.

On rejoint là le problème de la qualité des relations interpersonnelles dont les conséquences au travail par exemple sont en définitives mal connues alors même qu'elles revêtent une importance vraisemblablement capitale. Nous vivons dans un monde ainsi fait qu'il paraît presque incongru qu'un ouvrier choisisse son patron ou un employé son chef de bureau; inversement d'ailleurs ces derniers mettent en avant des critères objectifs (capacité, etc) pour engager un futur collaborateur, s'efforçant de refouler et de masquer leur propre contre-attitude.

Qu'il en aille de même en psychiatrie, ce n'est ni étonnant ni même peut-être évitable...

